Dr. Jessner's

Dermatologische Vorträge für Praktiker.

Heft 14 u. 16 (Doppelheft).

Diagnose und Therapie

des

Ekzems.

Von

Dr. S. Jessner,

Königsberg i. Pr.

2. Auflage.

Würzburg

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag

1909.

Preis Mk. 2.50.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) in Würzburg.

Der Tripper.

Laienverständlich dargestellt
von **Dr. Orlowski,**
Spezialarzt in Berlin.

Preis brosch. 90 Pfg.

.... wert, eine seiner Güte entsprechende Verbreitung zu erfahren, vor allen Dingen durch Empfehlung der Ärzte innerhalb ihrer Klientel.
„Therap. Monatshefte".

Die Syphilis.

Laienverständlich dargestellt
von **Dr. Orlowski,**
Spezialarzt in Berlin.

Preis brosch. 90 Pfg.

Das Büchlein wird zu einer Quelle der Belehrung und Beruhigung für den von mannigfachen Sorgen gequälten Patienten und kann zur Entlastung seines Arztes beitragen. *„Therap. Monatshefte".*

Die Geschlechtsschwäche.

Laienverständlich dargestellt von Dr. Orlowski, Spezialarzt in Berlin. Preis brosch. 90 Pfg.

Der Zweck, Aufklärung über das Erreichbare in Laienkreisen zu schaffen und vor pfuscherischer Behandlung zu warnen, wird wohl erreicht. *„Medizinische Klinik".*

Die Impotenz des Mannes.

Für Ärzte dargestellt von Dr. Orlowski,
Spezialarzt in Berlin. Preis Mk. 1.80.

„Dem klinischen Studium dieser ernst zu nehmenden Angelegenheit stehen unüberwindliche Schwierigkeiten entgegen, der Arzt ist daher darauf angewiesen, seine einschlägigen Kenntnisse aus Büchern zu erlangen. Das vorstehende Werkchen enthält in dieser Beziehung **eine Fülle von Winken** usw." *„Prager med. Wochenschrift".*

Ist der Inhalt der anregend geschriebenen Betrachtungen mehr für **den Urologen** vom Fach berechnet, so wird dessen ungeachtet auch **der Praktiker,** ebenso **der Nervenarzt** die Darstellung **nicht ohne Gewinn** aus der Hand legen.
„Korresp.-Blatt der ärztl. Vereine Sachsens".

Ärztliche Buchführung

nach Dr. med. G. Hirschfeld
besteht aus:
12 od. 6 Monatsheften, (je nach Umfang der Praxis),
Taschenformat mit Register à **60 Pfg.**
und
1 Haupt- oder Jahrbuch zu denselben, 4° Format,
mit Register, dauerhaft gebunden **Mk. 3.—.**
Probehefte liefert der Verlag kostenlos.

Leitfaden zur Untersuchung der tierischen Parasiten

des Menschen und der Haustiere
für Studierende und Ärzte

von
Geh. Reg.-Rat **Dr. Max Braun,**
Professor für Zoologie und vergl. Anatomie und Direktor
des Zoologischen Instituts in Königsberg i. Pr.
Dr. M. Lühe,
Assistent des Instituts in Königsbergi. Pr.
...ngen. Preis brosch. ca. Mk. 5.20,
...k. 6.—.

22900314168

Med
K28192

Dr. Jessner's
Dermatologische Vorträge für Praktiker.

Jedes Heft ist zu mässigem Preise einzeln käuflich. Für Interessenten dürfte es sich empfehlen,

☞ auf die ganze Reihe zu abonnieren.

Bestellungen nehmen Buchhandlungen, ev. auch der Verlag entgegen.

Die **Dr. Jessner'schen Vorträge** erscheinen nun auch in einer **Band-Ausgabe mit Register** und zwar umfasst Bd. I die Hefte 1—10, Bd. II die Hefte 11—18.

Preis des I. Bandes brosch. Mk. 9.—, gebd. Mk. 10.50
„ II. Bandes brosch. Mk. 9.50, gebd. Mk. 11.—
Einbanddecken hierzu à Mk. 1.— pro Decke.

☞ Für Besitzer der Heft-Ausgabe werden die Register-Bogen mit Bandtitel auch apart à 30 Pf. geliefert. Zur Komplettierung der Bände müssen allerdings die neuesten Auflagen der Hefte angeschafft werden, da sonst das Register nicht stimmt.

Der praktische Arzt, der sich auf diesem oder jenem Gebiete einmal genauer informieren will, kann nichts Besseres tun, als sich das betreffende, äusserst wohlfeile Bändchen anzuschaffen; wer es aber vorzieht, sich die ganze Reihe derselben zuzulegen, wird mit der Zeit in den Besitz einer stattlichen Sammlung kommen, die ihm alles praktisch Wissenswerte über die Hautkrankheiten bietet etc. etc. *Dermatolog. Zeitschrift.*

Heft 1. **Des Haarschwunds Ursachen und Behandlung.**
5. verbesserte Auflage. **Mk. —.80.**

Schmidt's Jahrbücher: Der beste Beweis für die Brauchbarkeit des kleinen Heftes ist wohl darin zu sehen, dass binnen kurzer Zeit die 5. Auflage nötig geworden ist. Es gibt in ausgezeichnet klarer und anziehend geschriebener Darstellung eine für den Praktiker vollkommen ausreichende Pathologie des Haarschwunds, den Verf. in seinen verschiedenen Arten ausführlich und stets vom praktischen Standpunkt aus bespricht.

Heft 2. **Die Acne (A. vulg., A. rosacea etc.) und ihre Behandlung.** 3. Auflage. **Mk. —.70.**

Med. Blätter: Das überaus günstige Urteil und Lob, welches die Fachpresse der vorangegangenen Auflage dieses Schriftchens zuteil werden liess, kann der vorliegende Vortrag mit vollem Recht für sich in Anspruch nehmen, um so mehr, als er zahlreiche Verbesserungen enthält.

Heft 3/4. (Doppelheft.) **Juckende Hautleiden:** Allg. Pathologie und Therapie. Pruritus simplex, Spez. Pathologie und Therapie. Urticaria. Prurigo Hebrae. Scabies. Pediculosis etc. 3. Auflage. **Mk. 2.—.**

Deutsche Militärärztl. Zeitschr. XXIX. 6.: „. . . Recht eigentlich aus der Praxis geschöpft und für die Praxis klar geschrieben, verdient das billige, inhaltreiche Werkchen weiteste Verbreitung in Ärztekreisen."

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) in Würzburg.

Kompendium der Hautkrankheiten

einschliesslich der Syphilide und einer kurzen Kosmetik.

Für Studierende und Ärzte.

Von **Dr. S. Jessner** in Königsberg i. Pr.

Dritte umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage. Geb. Mk. 7.—.

Berliner klin. Wochenschrift: „Eine vortreffliche Durcharbeitung des grossen Stoffs in engem Raume. Die Ausführung ist stets prägnant, klar und so erschöpfend, dass es wunderbar erscheint, wie bei der in dem flüssigen Stil des Verf.s gehaltenen Darstellungen so viel auf den geringen Raum (322 S.) geboten werden könnte.

Reichs-Med.-Anz.: Es hat dem Ref. immer ein Vergnügen bereitet, in diesem ausgezeichneten Buche eines sehr erfahrenen Arztes, in dem trotz der Kürze viel Wissenschaft steckt, zu lesen und sich daraus Rat zu holen. Im Gegensatz zu der früheren Auflage hat J. auch die Hautsyphilis aufgenommen, da dieselbe für die Diagnose fast aller Hautleiden von grosser Bedeutung ist; diesem Ganzen fügte der Autor 170 Rezeptformeln an, so dass es für den Studierenden ein ausgezeichnetes Nachschlagebuch ist. Es sollte in keiner Bibliothek eines Arztes, auch der Dermatologen fehlen.

Bei **Seborrhoe, Psoriasis, Pruritus** etc.
insbesondere aber zur Behandlung des **behaarten Kopfes** wird

SAPALCOL

medic. Spiritusseife in Tuben nach **Dr. Blaschko's** Vorschrift
c. **Liqu. carb. det. 10%** oder c. **Anthrasol 10%, Resorcin 5%** etc.,
wohl als das **wirksamste** und dabei **angenehmste**
Mittel von unseren **ersten Klinikern** jetzt **allgemein anerkannt** und gern **verordnet.**

Desgl. **Sapalcol med. puriss.** zu **desinfizierenden Waschungen.**

Die **Sapalcol-Präparate** sind bei den **Krankenkassen zugelassen.**

Dr. Jessner's
Dermatologische Vorträge für Praktiker
Heft 14 u. 16 (Doppelheft).

Diagnose und Therapie

des

Ekzems

I. Teil: **Diagnose.**

Von

Dr. S. Jessner,
Königsberg i. Pr.

2. Auflage.

Würzburg.
Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag)
1909.

Alle Rechte vorbehalten.

WELLCOME INSTITUTE LIBRARY
Coll. welMOmec
Call No.

Druck der Kgl. Universitätsdruckerei von H. Stürtz in Würzburg.

Die Diagnose des Ekzems.

An die Darstellung des Ekzems gehe ich mit einigem Zagen, da mir die Schwierigkeit, dieses Leiden in seinem so vielgestaltigen, wechselfähigen Bilde dem Praktiker ohne Demonstrationen klar vor Augen zu führen, voll zum Bewusstsein kommt. Und dennoch wünschte ich, gerade auf diesem Gebiet ganz besonders belehrend und aufklärend zu wirken, weil es sich um das verbreitetste und praktisch wichtigste Hautübel handelt, welches nicht nur kosmetisch entstellend wirkt, sondern durch begleitende subjektive Beschwerden und deren Folgen zu einer wahren Qual werden, zu einer Konsumption der Körperkräfte führen kann. Versuchen wir es und entrollen zunächst ein Bild von der Symptomatologie des Ekzems!

Die Beantwortung der Frage

„was ist ein Ekzem?“

hat viele Dermatologen in geistige, nicht immer in geistvolle Tätigkeit versetzt. Die verschiedensten Definitionen sind gegeben worden, darunter so komplizierte, dass man eine Reihe von Definitionen für diese Definitionen geben müsste. Und doch ist die Sache die denkbar einfachste, wenn man die Erklärung akzeptiert: **„das Ekzem ist ein Hautkatarrh“.** Jeder Mediziner weiss, was ein

1*

Schleimhautkatarrh ist, ohne dass ihm umschreibende und erläuternde Erklärungen dafür gegeben werden. Er weiss, dass man unter einem Schleimhautkatarrh eine oberflächliche, mit Rötung und Schwellung, oft auch mit Schmerzhaftigkeit (rubor, calor, dolor) einhergehende, zur Exsudation eines serösen oder auch leukozytenreichen, d. h. eitrigen Sekrets führende Entzündung der Schleimhaut versteht. Ganz genau dasselbe stellt mutatis mutandis ein Ekzem dar. Der Prozess ist ein ganz oberflächlicher, lässt die tieferen Cutisschichten ganz unbeteiligt; der Prozess ist ein entzündlicher, bedingt mehr oder weniger ausgesprochene Rötung, Schwellung und Hyperästhesie (resp. Parästhesie) der Haut; der Prozess führt zur Exsudation einer mehr oder weniger getrübten Flüssigkeit. Es stimmt alles; die Differenzen ergeben sich aus der Verschiedenheit des Baues des Haut- und Schleimhautepithels für jeden ganz von selbst. Die kohärente Hornschicht gestattet nicht ohne weiteres dem Exsudat den Durchtritt, infolgedessen bilden sich Blasen und Bläschen; ist das Exsudat massiger, wird es stürmischer abgeschieden, dann hält die Hornschicht dem Ansturm nicht stand, sie wird weggespült; es entsteht eine nässende Fläche, die ja einer ausschwitzenden Schleimhautoberfläche sehr ähnelt. Trocknet das Sekret auf der Haut ein, dann gibt es Borken und Krusten. Die zarte, so leicht zerstörbare Epithelschicht der Schleimhaut gestattet demgegenüber natürlich nicht die Bildung von Blasen und Bläschen, die einigen Bestand haben. Die Feuchtigkeit der die Schleimhaut umgebenden Atmosphäre erlaubt nicht, dass das Sekret zu Borken und Krusten eintrocknet.

Das alles ist so klar, dass absolut nichts dem entgegensteht, das Ekzem in Analogie des Schleimhautkatarrhs als Hautkatarrh zu bezeichnen. Für jeden Praktiker genügt es, und auch für jeden Theoretiker sollte es genügen. Wir können deshalb alle überwissenschaftlichen Erklärungsversuche übergehen. Wir können

auch die Frage unerörtert lassen, ob bei dem Versuch von F. Hebra, ein künstliches Ekzem durch Krotonöleinreibung zu erzeugen, wirklich ein Ekzem entsteht, oder eine Dermatitis, wie es wahrscheinlich ist.

Eine Schwierigkeit, welche sich zuweilen der Auffassung des Ekzems als Hautkatarrh entgegenstellt, taucht nur selten bei manchen klinischen Bildern auf, welche sich in den Rahmen etwas schwer einfügen lassen. Aber auch das können wir hier mit grösster Gewissensruhe übergehen; es hängt mit der Frage zusammen, ob überhaupt alles, was in den grossen Ekzemtopf hineingeworfen wird, auch hineingehört, oder ob nicht eine Abtrennung mancher Ekzemform notwendig ist, sei es, dass man sie anderen Leiden angliedert, sei es, dass man sie selbständig macht. Das sind noch in der Schwebe befindliche Erwägungen, welche wir streifend erwähnen, aber weiter hier nicht berücksichtigen können. Hier gilt es nur, das heute als Ekzem von der grössten Mehrzahl der Dermatologen bezeichnete Krankheitsbild in seiner praktischen Bedeutung vorzuführen.

Ein Ekzem ist nach dem Obigen eine mit Rötung, Schwellung, Störungen der Sensibilität, Exsudation einhergehende entzündliche Affektion der oberflächlichen Hautschichten, welche zur Abhebung der Hornschicht in Gestalt von Blasen, Pusteln, Schuppen, eventuell, nach vollkommener Abstossung der Hornschicht, zur Blosslegung der tiefen Epidermisschichten in Gestalt nässender Flächen führt. Entwerfen wir uns ein Muster eines typisch verlaufenden, alle Stadien unverkürzt durchmachenden Ekzems: Ein durch irgend eine äussere oder innere Ursache gereizter Hautabschnitt wird ekzematös. Die Haut rötet sich, wobei die Grenzen der Rötung aber nicht scharf sind, sondern allmählich in die normale Umgebung übergehen. Die Röte ist fast stets eine

diffuse; ihr Grad schwankt in den weitesten Grenzen. Die Haut fühlt sich mehr oder weniger heiss an, ist ödematös geschwollen, gespannt, und zwar auch in den verschiedensten Abstufungen. Dass es sich in diesem Stadium **(Ekzema erythematosum)** nicht um eine einfache Gefässerweiterung vasomotorischen Ursprungs oder, gerade entgegengesetzt, um eine tiefgehende Dermatitis, wie sie das Erysipel darstellt, handelt, beweist die stets nachweisbare oberflächliche Exsudation. Schon im ersten Beginne erkennt man dieselbe, wenn man die Haut bei seitlicher Beleuchtung betrachtet oder zart mit dem Finger herüberfährt. Es ist die Oberfläche nicht glatt, sondern mit kleinen, oft minimalen Erhebungen bedeckt, umschriebenen Exsudationsprodukten. Schreitet der Prozess weiter vor, dann gestalten sich diese Exsudationsprodukte zu papulösen und vesikulösen Erhebungen, wobei die letzteren entweder direkt entstehen oder aus den ersteren hervorgehen **(Ekzema papulosum; Ekzema vesiculosum)**. Jetzt haben wir eine diffus gerötete Haut, bedeckt mit zahlreichen kleinen, klaren, dichtgesäten Bläschen mit oder ohne kegelförmig erhabene, rote Papeln. Die kleinen Vesikeln behalten stets ihre Grösse bei, wachsen niemals zu grossen Blasen aus und konfluieren auch nicht zu solchen. Wo dieses vorkommt, sind immer sekundäre Schädlichkeiten hinzugetreten, wozu in erster Reihe unpassende Behandlungsversuche gehören. — Sticht man eine Vesikel an, dann entleert sich seröse Flüssigkeit. Zuweilen gestalten sich aber die Vesikeln zu Pusteln um; an Stelle des serösen Inhaltes tritt ein gelber, eitriger. **(Ekzema pustulosum s. impetiginosum.)** Auch diese Form ist an sich eine für das Ekzem nicht typische und muss mit ungewöhnlichen Noxen in Verbindung gebracht werden. Diese sind oft mikrobiären Ursprungs; es handelt sich um eine sekundäre Kokkeninfektion. Ebenso oft aber sind es chemische Schädlichkeiten, hin und wieder vielleicht auch physikalische. Ich rate

dringend, bei derartigen impetiginösen Ekzemen nach der Einwirkung besonderer chemischer Agenzien, seien es unpassende Heilmittel, seien es in technischen Gewerben gebräuchliche Substanzen, zu forschen, und nicht nur einem kokkogenen Ursprung Rechnung zu tragen.

Papeln und Vesikeln sind der Ausdruck einer mässigen, ekzematösen Exsudation . Wo diese zu einer massigen wird oder das Epithel besonders zart ist, da hält die Hornschicht dem andrängenden Sekretstrom nicht stand; derselbe spült sie einfach mit oder ohne vorausgehende Bläschenbildung hinweg, wir erhalten eine hornschichtlose, rote, nässende Oberfläche **(Ekzema madidans)**. Dieser Zustand, besser gesagt, dieses Stadium ist so charakteristisch für das Ekzem, dass von ihm die deutschen Bezeichnungen hergeleitet sind: nässende Flechte; Salzfluss. Das von der nässenden Hautfläche ausgeschiedene Sekret ist fast stets seröser Natur, nur selten hat es ein eitriges Aussehen. Dagegen sind Blutbeimengungen sehr häufig, zumal wenn die kranke Stelle durch Kleider, Fingernägel etc. mechanisch gereizt wird.

Das nässende Ekzem stellt das Höhestadium des Prozesses dar; dasselbe ist nur dadurch einer Variation fähig, dass das Sekret unter dem Einfluss der trocknenden Luft zu Krusten, Borken eintrocknet **(Ekzema crustosum).** Das geschieht besonders dort, wo einerseits die Sekretion nicht eine allzu stürmische ist, so dass der Flüssigkeit Zeit gelassen wird einzutrocknen, andererseits dort, wo Haare sitzen, die gewissermassen den Krystallisationspunkt für die Borkenbildung abgeben, und endlich, wo die Haut dem trocknenden Luftstrom besonders exponiert ist. Dagegen ist an Berührungsflächen der Haut in der dort herrschenden Dunstatmosphäre von einer Borkenbildung niemals die Rede.

Die Farbe der Borken ist eine verschiedene; die Art der Sekretion, der Grad der Blutbeimengungen, aussen sich sammelnder Schmutz bedingen dieselbe.

Die weitere Entwickelung des Ekzems geht unter dem Zeichen der Rückbildung vor sich. Die Hyperämie lässt nach, die Haut wird immer blasser; die Sekretion vermindert sich, die Haut wird immer trockener; die etwa vorhandenen Borken haften fester, da kein nachrückendes Sekret sie verdrängt, und fallen schliesslich ab, eine wenig oder gar nicht gerötete, normal epidermisierte Haut zurücklassend, die aber schuppt, d. h. in einer gegen die Norm gesteigerten Weise Hornlamellen abstösst, eine Äusserung vermehrter Lebenstätigkeit **(Ekzema squamosum)**. Schliesslich lässt auch das Schuppen nach, die Haut wird immer glatter, kehrt zur Norm zurück. Sehr oft allerdings bleibt ein Minimum von Schuppung unbeachtet als Ausdruck eines schleichend sich fortspinnenden Prozesses und als Ausgangspunkt der leider so häufigen Rezidive zurück. Es war eine Pseudo-Heilung.

Diese kurze Grundskizze muss noch in zwei Punkten ergänzt werden, und zwar zunächst in bezug auf die **Ausbreitungsweise des Ekzems.** Es ist eine bekannte Beobachtung, dass ein jedes Ekzem, und wenn es auch nur durch einen rein lokal wirkenden Reiz, z. B. ein Pflaster, eine Einreibung etc. erzeugt ist, die Tendenz hat, über den ursprünglich affizierten Bezirk hinauszugehen. Es wandert per continuitatem auf die Umgebung, und zwar zuweilen immer weiter, immer weiter, bis ein grosser Teil des Körpers, sogar die ganze Körperoberfläche ergriffen ist. Die Ausbreitung kann aber auch per contiguitatem statthaben, indem das Ekzem von einer Hautstelle auf die ihr gegenüberliegende übergeht, d. h. indem zwei Berührungsflächen nacheinander erkranken. Und schliesslich geschieht die Ausbreitung auch sprungweise; ein Ekzem beginnt an einem Bezirk und springt auf ganz fernliegende Bezirke über. Wohl verstanden kann dieses auch bei Ekzemen, die aus rein lokal einwirkenden, äusseren Ursachen entstehen, statt-

finden. Bei inneren Ursachen haben ja die multiplen Herde weiter nichts Wunderbares. — Man hat über dieses Überspringen der Ekzeme auf entfernte Hautstellen viel gegrübelt, ohne ganz klar darin zu sehen. Meistens spricht man von einem Reflex; die weiteren Ekzeme sollen reflektorisch auf dem Wege der Nervenbahnen erzeugt werden. Diese Erklärung sagt nichts und bringt die Entstehung unserem Verständnis in keiner Weise näher. Einleuchtender ist mir die Auffassung, dass am Sitze von Ekzemen sich toxische, hautreizende Stoffe bilden. Diese lösen zum Teil, wieder resorbiert, auf dem Blutwege an anderen Stellen, die durch irgend welche Momente prädisponiert sind, Ekzeme aus, zum Teil aber werden sie auch direkt von dem ursprünglichen Krankheitsherde, den sie mit den Sekreten verlassen, auf entfernte Hautbezirke übertragen; die kratzenden Finger geben in diesem Falle meistens die Vermittler ab.

Wie dem auch sei, hier genügt es festzustellen, dass die Ausbreitung des Ekzems erfolgen kann per continuitatem, per contiguitatem und sprungweise, und dass so ein umschriebenes Ekzem zu einem sehr ausgebreiteten, selbst zu einem totalen werden kann.

Der zweite der beiden oben genannten Punkte, welche die entworfene Skizze ergänzen, betrifft die **subjektiven Beschwerden,** welche durch das Ekzem ausgelöst werden. Dieselben sind nicht unbedeutend und auch nicht bedeutungslos. Wir registrieren hier zwei Sensibilitätsstörungen, eine hyperästhetische und eine parästhetische. Die hyperästhetische wird als brennender Schmerz, als Brennen geschildert. Dieses Brennen, gepaart mit einem Gefühl von Spannung, ist nur in den akutesten und ausgebreitesten Erkrankungsfällen, besonders im Stadium erythematosum und vesiculosum, ein sehr quälendes, welches die Ruhe raubt; meistens hält es sich in mässigen Grenzen. Dahingegen ist die Parästhesie, welche Ekzeme im Ge-

folge haben, das Jucken, ein ebenso häufiger, wie quälender Begleiter des Ekzems. Am Tage, zumal wenn der Patient beschäftigt ist, mässig, oft ganz zurücktretend, erwacht es zur Nacht, wenn derselbe gerne schlafen möchte, ihm die Ruhe raubend, ihn marternd. In allen Stadien des Ekzems kann lästiges Jucken auftreten, besonders lebhaft aber pflegt es gerade in den Rückbildungsstadien, speziell im squamösen, zu sein. Völlig fehlt das Jucken nur in ganz vereinzelten Fällen von Ekzem (Ekzema seborrhoicum); es ist deshalb der Pruritus als ein fast konstantes Symptom des Ekzems anzusehen, der die Kranken erst zum Arzt treibt. — Die Bedeutung des Juckens für die Patienten ist in doppelter Hinsicht eine grosse: erstens alteriert es das Allgemeinbefinden, zweitens bewirkt es indirekt eine Verschlimmerung und Verschleppung des Grundleidens. Um letzteres zuerst zu nehmen, so handeln fast alle Menschen nach dem Grundsatz: „Wen es juckt, der kratze sich", ein sehr verderblicher Grundsatz, der dieselben in einen verhängnisvollen Circulus vitiosus hineinbringt. Das Kratzen bedeutet erstens eine mechanische Läsion der Haut. Die Kratzinstrumente, meistens sind es ja die Fingernägel, reissen die an sich beim Ekzem lockeren Epidermisschichten ab, setzen strichförmige Exkoriationen. Der Heilungsprozess, der doch nur durch eine der Norm entsprechende Epidermisierung sich vollziehen kann, wird so in ausserordentlichem Masse gestört, die neugebildete Hornschicht immer wieder entfernt, die tiefere Epidermisschicht immer wieder blossgelegt, schutzlos den zahlreichen Schädigungen, welche von aussen auf sie eindringen, preisgegeben. So wird das Ekzem durch das Kratzen stets verschlimmert, immer wieder wachgerufen; ja es werden neue Ekzeme durch dasselbe erzeugt (Kratzekzeme). — Böser aber ist noch die durch das Kratzen bewirkte Sekundärinfektion, da durch die nichts weniger als sterilen Fingernägel Kokken auf die denkbar direkteste Weise der Haut

eingeimpft werden. Das stört aber nicht nur die Heilung, sondern verschlimmert den Prozess. Bei dem impetiginösen (pustulösen) Ekzem war schon von der Bedeutung der kokkogenen Infektion die Rede. Nun diese wird am häufigsten durch das Kratzen bewirkt, so dass man meistens aus dem pustulösen Charakter des Ekzems auf fleissiges Kratzen schliessen kann. Damit aber nicht genug, können die Kratzeffekte zu Pyodermitiden, d. h. zu schwereren eitrigen Hautentzündungen führen, zu Follikulitiden, — Entzündungen der Haarbälge, — Furunkeln und zur Geschwürsbildung, die man in solchen Fällen als Ekthyma bezeichnet. Und diese Pyodermitiden beschränken sich dann oft wieder nicht auf den ursprünglichen Krankheitsherd, sondern werden über den ganzen Körper verschleppt, disseminiert. — Alle diese Gefahren bringt das Kratzen, als Folge des Juckens, für den örtlichen Prozess mit sich. — Die Alteration des Gesamtbefindens, welche das Jucken auslöst, ist, wenn letzteres lebhaft ist, eine in ihrer Bedeutung nicht genug zu würdigende unangenehme Folge. Diese ewige Unruhe, die Verscheuchung des Schlafes, sie machen den Patienten reizbar, nervös, neurasthenisch, stören den Appetit und bringen ihn sehr herunter. So sehen wir denn die Patienten unter stark juckenden Ekzemen mehr leiden als unter sehr schmerzhaften und vielleicht sehr viel ernsteren Erkrankungen.

Soweit das Schema aller objektiven und subjektiven Erscheinungen eines typisch verlaufenden Ekzems. Nun kommt aber die Hauptsache: die zahlreichen Variationen in das Schema einzutragen, deren die Gestaltung des Ekzems fähig ist, die sich aber aus dem geschilderten Grundriss ergeben; diesen festzuhalten ist daher das Allerwichtigste.

Der Faktoren, welche die Variationen bedingen, gibt es viele. Ich nenne zuerst den verschiedenen Grad einzelner Ekzemstadien. Jedes der geschilderten

Ekzemstadien kann schwach und stark ausgesprochen sein, wobei es zwischen diesen beiden Graden noch zahllose Abstufungen gibt. Es kann auch jedes einzelne Stadium abortiv verlaufen, so dass dasselbe vollkommen wegfällt. So kann das Ekzema erythematosum sofort in das Ekzema squamosum übergehen, ohne dass die Blasenbildung, das Nässen hervortreten. Ja, es kann alles ausfallen, resp. so wenig ausgesprochen sein, dass das Ekzem gleich als Ekzema squamosum in Erscheinung tritt. Es ist die entzündliche Reizung so gering, dass die Rötung nicht sichtbar wird, es ist die Sekretion eine so unbedeutende, dass es weder zu umschriebenen Effloreszenzen (Vesikeln), noch zu diffuser Ausschwitzung, zum Nässen, kommt. Auf diese Weise tritt von vorneherein das Ekzema squamosum zutage, welches ja das Endstadium eines jeden Ekzems ist. — Tritt das Ekzem an verschiedenen Körperstellen zu gleicher Zeit auf, dann kann wiederum eine Variation des Gesamtbildes dadurch entstehen, dass einerseits eine jede einen anderen Grad von Intensität zeigt, andererseits eine jede sich in einem anderen Stadium befindet. Die Folge ist natürlich ein sehr buntes Krankheitsbild: hier Rötung, da Blasenbildung, da Nässen, da Krusten, da Schuppung. Diese Buntheit macht aber ein Hauptcharakteristikum des Ekzems aus: die **Polymorphie.** Bei der Diagnose werden wir die Wichtigkeit dieser Erscheinung in entsprechender Weise zu würdigen haben.

Die verschiedene Intensität der einzelnen Ekzemstadien geht meistens Hand in Hand mit einer verschiedenen Intensität des Gesamtprozesses. Wie bei den meisten entzündlichen Leiden unterscheidet man hier ein **Ekzema acutum** und **Ekzema chronicum.** Der Erörterung dieser Ekzemformen muss vorausgeschickt werden, dass die Grenzen durchaus keine scharfen sind. Nicht nur dass das akute Ekzem in das chronische übergehen kann, nicht nur dass das

chronische unter Einfluss irgendwelcher Schädlichkeiten zu einem akuten exazerbieren kann, gibt es auch vermittelnde Formen, die Zwischenstufen bilden, als subakut, als subchronisch bezeichnet werden. Man muss sich dessen bewusst sein, wenn man auch aus Zweckmässigkeitsgründen beide Formen voneinander abgrenzt.

Das **Ekzema acutum** beginnt plötzlich; die Haut rötet sich, schwillt an, wird schmerzhaft, brennt stark, und schnell entwickeln sich die weiteren Formen des Ekzems. Die Rötung ist gewöhnlich eine sehr lebhafte, die Schwellung schwankt sehr je nach der Örtlichkeit des Prozesses. Je lockerer die Haut der Unterlage angeheftet ist, desto stärker das Ödem und umgekehrt. So sehen wir an den Augenlidern ein starkes Polster entstehen, welches die Öffnung der Augen erschweren, sogar unmöglich machen kann, während da, wo die Haut an die Unterlage durch straffes Bindegewebe angeheftet ist, die Schwellung nur wenig ausgesprochen ist. Die subjektive Empfindung, welche durch die Schwellung verursacht wird, das Spannungsgefühl ist hingegen an letzteren Stellen stärker ausgesprochen. Ein akutes Ekzem der Kopfhaut macht bei geringer Schwellung, abgesehen vom Jucken, mehr Beschwerden, als ein unförmlich geschwollenes Gesicht. — Blasenbildung ist beim akuten Ekzem stets vorhanden, mögen es auch noch so kleine, nur mit dem tastenden Finger fühlbare oder bei seitlicher Beleuchtung sichtbare Vesikeln sein. Dagegen kann das Stadium des Nässens fehlen, die Borkenauflagerung ausbleiben, indem der zurückgehende Prozess sogleich den Charakter des squamösen Ekzems annimmt. — Das Ganze spielt sich in wenigen Wochen ab, wobei das Abklingen mehrerer, gleichzeitig erkrankter Herde nicht zu gleicher Zeit zu erfolgen braucht. Die Haut kehrt ganz oder annähernd zur Norm zurück, wenn nicht das akute Ekzem in ein chronisches übergeht; häufig bildet es den Anfang weiterer Ekzeme, welche nach mehr oder weniger langen Zwischenräumen auf-

treten. Ekzemrezidive gehören zu den häufigsten Ereignissen; eine zurückbleibende, wenn auch nur minimale Schuppung der Haut lässt dieselben vorausahnen.

Das **Ekzema chronicum** kann von vorneherein als solches beginnen oder aus einem akuten unter allmählichem Nachlass der entzündlichen Erscheinungen hervorgehen. Auch hier können alle geschilderten Ekzemstadien vorkommen, wobei aber niemals der lebhafte Entzündungsreiz, der stürmische Verlauf vorhanden ist. Die Röte des chronischen erythematösen Ekzems tritt allmählich hervor, ist aber nie sehr lebhaft. Ein starkes Ödem ist selten und wo bei langem Bestande des Ekzems Ödem vorhanden ist, da ist es härter, so dass die Haut nicht so leicht eindrückbar ist. Es geht das Ödem dann stets mit einer derberen, bindegewebigen Infiltration der Haut einher. Das chronische Ekzem greift insofern auf die tieferen Hautabschnitte über, als hier infolge des andauernden übermässigen Blutzuflusses sich eine Hypertrophie des Bindegewebes ausbildet, fast möchte man sagen, ein cirrhotischer Prozess. Die ganze Haut wird dadurch derbe, verdickt, fühlt sich hart an, verliert an Elastizität und Geschmeidigkeit. Es ist en miniature dasselbe Bild, welches wir durch Lymphstauung bei der Elephantiasis entstehen sehen. Es gibt aber sogar Fälle, in welchen diese hypertrophische Infiltration hohe Grade annimmt und das volle Bild der Elephantiasis sich entwickelt. Es sind hier besonders die weiblichen Genitalien und der Unterschenkel als Stellen zu nennen, an denen das Ekzema chronicum zu elephantiastischer Verdickung führen kann.

Die Blasenbildung und das Nässen sind Stadien, welche beim chronischen Ekzem im allgemeinen nicht von längerem Bestande zu sein pflegen. Die Ausschwitzung des Sekrets ist hier selten hochgradig; es verläuft eben alles langsamer, schleichender, weniger stürmisch. Der Unterschenkel ist es, an welchem der „chronische Salzfluss", das Ekzema madidans chroni-

cum, am häufigsten beobachtet wird. Hierzu wie zu der eben geschilderten starken Hautverdickung gibt die so oft vorhandene Stauung des venösen Blutes, bedingt durch Phlebektasien, die Disposition ab.

Impetiginöse chronische Ekzeme kommen nicht selten vor; sie haben immer einen besonderen Grund. Entweder die Kranken kratzen sich andauernd und infizieren ihre Haut andauernd mit eitererregenden Kokken. Oder die Grundursache des Ekzems beruht in chemischen Reizen, welche pustulöse Effloreszenzen zu erzeugen befähigt sind. Zuweilen wirken beide Momente mit. Dieses ist wohl der Fall bei den chronischen impetiginösen Ekzemen der Kopfhaut, welche bei der Pediculosis entstehen und für diese Ätiologie an sich schon charakteristisch sind, es aber in noch viel höherem Masse dadurch werden, dass auf der Basis der Impetigo-Pusteln gerne Granulationen entstehen, die relativ hoch emporwuchern können, eine Eigentümlichkeit, die nur diesem chronischen Ekzem eigen ist und deshalb ätiologische Rückschlüsse erlaubt.

Das typische chronische Ekzem ist das Ekzema chronicum squamosum. Dieses Endstadium aller akuten Ekzeme ist die häufigste Gestaltung chronischer Formen. Die Entzündung, die Exsudation ist gerade nur so lebhaft, um eine übermässige Produktion und Abstossung der Hornzellen zu erzeugen. Schuppung der Haut, einhergehend mit lebhaftem Jucken und Infitration derselben, das sind die häufigsten Äusserungen chronischer Ekzeme. Die Schuppen sind klein, häufen sich niemals, fest zusammenhaltend, wie bei der Psoriasis in mehreren Lagen aufeinander, haben ein grieses Aussehen. Die Begrenzung ist keine scharfe. — Eine Verdickung der Epidermis im Sinne einer Hyperkeratose, einer diffusen, schwielenartigen Gestaltung kommt nur an Handfläche und Fusssohlen vor; an beiden Stellen fehlen die Talgdrüsen, während die Schweissdrüsen besonders stark entwickelt sind. Es ist wohl mit Sicherheit anzunehmen,

dass diese Drüsenversorgung zu der Hyperkeratose disponiert; wir sehen das auch bei anderen Hautleiden. Eine Frage bleibt es, ob der Mangel an Sebum oder der Überfluss an Schweiss dafür verantwortlich zu machen ist.

Die Dauer des chronischen Ekzems ist eine unbegrenzte; das ganze Leben hindurch kann der Mensch durch dasselbe gequält werden. Meistens macht es allerdings zeitweilig grössere Pausen, in welchen die meisten Erscheinungen fast ganz, aber selten ganz schwinden, um nach einiger Zeit wieder zu exazerbieren. Das chronische Ekzem stellt gewöhnlich ein chronisch-rezidivierendes Leiden dar, wobei die einzelnen Rezidive vollkommen den Charakter akuter Ekzeme mit all ihrer Heftigkeit haben können.

Die Ausdehnung chronischer Ekzeme schwankt in weiten Grenzen. Es können einzelne Herde, es können multiple Herde vorhanden sein; die einzelnen Herde können gross oder klein sein. Selbst eine universelle Erkrankung an chronischem Ekzem kommt vor, zur grossen Qual der Patienten.

Bevor ich das chronische Ekzem verlasse, will ich zwei zum Ekzem gezählte Formen näher erörtern, deren Krankheitsbild sich von dem geschilderten doch so bemerklich abhebt, dass ihre Zugehörigkeit zum Ekzem vielfach in Frage gestellt ist. Über letzteren Punkt wollen wir hier nicht sprechen, weil hierin noch zu wenig Klärung geschaffen ist, die Begrenzung des Begriffes „Ekzem“ noch nicht genügend feststeht. Aber eingehend würdigen müssen wir aus rein praktischen Gründen diese Formen.

Die erste benennt man als **Ekzema papulosum.** Diese Erkrankung besteht im Auftreten derber, kleiner, linsengrosser, kegelförmiger, papulöser Erhabenheiten auf stark juckender, sonst fast gar nicht veränderter Haut. Sekundäre Veränderungen bilden sich nicht, soweit nicht die kratzenden Finger Exkoriationen, pustu-

löse Effloreszenzen, Follikulitiden oder gar Furunkel erzeugen. Dass die Papeln, aus denen sich beim Ankratzen eine seröse Flüssigkeit entleert, sich nicht in Blasen umbilden, sondern im Gegensatz zu den sonst so vergänglichen Ekzempapeln als solche bis zur Rückbildung und zwar längere Zeit fortbestehen, ist gerade der Punkt, der die Einfügung dieses Krankheitsbildes in das Ekzemschema so schwer macht, abgesehen davon, dass auch sonstige entzündliche Erscheinungen fehlen. — Das papulöse Ekzem kann akut, subakut und chronisch verlaufen; in allen Fällen ist es ein sehr lästiges Leiden, dessen Sitz besonders gerne die Streckseiten der Extremitäten sind. — Man hat diese Affektion auch als Prurigo simplex im Gegensatz zur Prurigo Hebrae der Kinder oder als Neurodermitis papulosa bezeichnet; letzteres, weil man einen Zusammenhang mit den Nerven annahm. Bewiesen ist in dieser Richtung gar nichts.

Von allergrösster Bedeutung ist die zweite, eigenartige Ekzemform, das **Ekzema seborrhoicum** s. **parasitarium** s. **psoriasiforme.** Unna hat das grosse Verdienst, auf die Eigenartigkeit dieses Krankheitsbildes hingewiesen zu haben. Er betonte den innigen Zusammenhang dieser Ekzemform mit der Hypersekretion der Talgdrüsen, der Seborrhoe, den wir gleich würdigen werden, und benannte das Leiden deshalb Ekzema seborrhoicum. Nach langem Widerstande haben denn auch wohl heutzutage alle Dermatologen diese Krankheit als einen Morbus sui generis anerkannt, wenn sie auch höchst unnötigerweise derselben andere Namen gegeben haben. Die Bezeichnung „Ekzema parasitarium" ist durch nichts gestützt, da wir keine Parasiten als Erreger dieser Affektion bisher kennen; auch die Unnaschen Mikroorganismen, die Morokokken und Flaschenbazillen, haben sich Anerkennung nicht erringen können. Beachtenswerter ist die Benennung „Ekzema psoriasiforme", da sie einem

häufigen klinischen Kennzeichen, der Ähnlichkeit mit der Psoriasis vulgaris Rechnung trägt und deshalb etwas Charakterisierendes hat. — Wir bleiben bei dem Namen „Ekzema seborrhoicum."

Die Kennzeichen, durch welche das Ekzema seborrhoicum sich abhebt, sind etwa folgende: Die Grenzen des Krankheitsherdes sind schärfer; bogenförmige Ränder schliessen denselben ab. Geht es zur Heilung, dann tritt diese zuerst zentral ein, schreitet von hier zentrifugal fort. Oft geht mit der zentralen Abheilung eine periphere Ausbreitung einher, indem sich das Ekzem auf gesunde Teile fortsetzt. Dieses Weiterwandern des seborrhoischen Ekzems geschieht wiederum in bogenförmigen Linien, was man als serpiginös bezeichnet. — Sehr oft tritt das Ekzema seborrhoicum in multiplen, kleinen, runden, zehnpfennig- bis markstückgrossen, scharf umschriebenen, gelblichen, schuppenden Herden auf, die über grössere Teile der Körperoberfläche, ja über den ganzen Körper disseminiert sein können. Diese einzelnen Herde sind in ihrem Aussehen den Psoriasisherden sehr ähnlich und begründen die Benennung „Ekzema psoriasiforme". Die Abgrenzung wird durch die weiteren Merkmale gegeben, welche auf die innige Beziehung des Ekzema seborrhoicum zur Seborrhoe zurückzuführen sind.

Zunächst ist es der fettige Charakter der Sekretion. Ist die Haut feucht, dann ist das Sekret ähnlich demjenigen bei der Seborrhoea oleosa. Sind Borken, Krusten vorhanden, dann sind dieselben nie so trocken, wie bei jedem anderen nässenden Ekzem, sondern weicher, knetbarer, weil sie von Fett durchtränkt sind. Handelt es sich, und das ist am häufigsten der Fall, um ein schuppendes Ekzem, dann sind die Schüppchen gelblich, nicht weiss, wie bei der Psoriasis, und fühlen sich fettig an. In den leichtesten chronischen Fällen ist nichts weiter vorhanden als ein minimales Schuppen einer eine Spur ins Gelbliche verfärbten Haut, die sich leicht rötet;

Unna nennt diesen Zustand, der besonders im Gesichte oft vorkommt, eine „Vergilbung“ der Haut.

Die Beziehungen der in Rede stehenden Ekzemform zur Seborrhoe kennzeichnen sich ferner durch die Lokalisation derselben. Ihr Ausgangspunkt ist fast stets eine der zur Seborrhoe disponierten und auch dementsprechend affizierten Hautstellen, vor allem die Kopfhaut. Der deszendierende Charakter des seborrhoischen Ekzems, der Beginn am Kopf, das Hinabsteigen auf Rumpf und Extremitäten, das sind von Unna betonte Eigenschaften, die man meistens bestätigt findet. Die Kopfhaut zeigt gewöhnlich eine Seborrhoea sicca, eine übermässige Schinnbildung, die Unna schon als leichtesten Grad des Ekzema seborrhoicum auffasst. Mag dieses nun richtig sein oder nicht, sicher ist, dass auf solchem Boden oft zweifellose Ekzeme von seborrhoischem Charakter entstehen, dass sie von hier auf Stirn, Gesicht, Ohren, Nacken weiterwandern und sich dann sprungweise über den Körper weiterverbreiten. Man muss sich nur diese gelblich verfärbten, schuppenden, meistens wenig entzündlichen, scharf umgrenzten Hautekzeme der Stirn ansehen, welche sich von einer seborrhoischen Kopfhaut auf die Stirn fortschieben, um eine klare Vorstellung von der Eigenart des Ekzema seborrhoicum zu erhalten. — Von anderen Lieblingssitzen und Ausgangspunkten nenne ich hier noch das Sternum, wo bogenförmige Ekzeme von seborrhoischem Habitus zu den häufigsten Vorkommnissen gehören. — Ein sehr wichtiger Unterschied des seborrhoischen Ekzems, auf das wir bei Erörterung der durch den Sitz bedingten Verschiedenheiten noch wiederholt zurückkommen müssen, gegenüber den übrigen Ekzemen, ist, dass sie nur mässiges Jucken verursachen; ja, dasselbe kann ganz fehlen. Man muss sich dabei nicht immer auf die Angaben der Patienten verlassen; die Mehrzahl derselben glaubt, jeder Ausschlag müsse jucken, und bejaht, ohne zu überlegen, die Frage, ob es juckt. Zuverlässiger

sind in dieser Richtung die objektiven Kennzeichen, das sind die dem Jucken folgenden Kratzeffekte. Diese sind beim Ekzema seborrhoicum wenig zu finden; besonders bei der disseminierten, psoriasisähnlichen Form fehlen sie fast stets vollkommen.

Fahren wir fort, die Variationen des Ekzembildes in das entworfene Schema einzutragen, so kommen wir auf einen praktisch sehr wichtigen Punkt, auf **die durch den Sitz des Ekzems gegebenen Verschiedenheiten.** Hier müssen wir recht ausführlich sein. Beginnen wir mit den **Ekzemen der Kopfhaut,** die sehr häufig sind; sie können akut, subakut und chronisch verlaufen, die verschiedenste Gestaltung zeigen. Bemerkenswert ist zunächst, dass das Ekzem hier sehr leicht einen impetiginösen Charakter annimmt. In den Haaren nisten sich Schmutzstoffe und Mikroorganismen so leicht ein, dass hier das Sekret oft eitriger Natur wird. Infolgedessen sind die sich bildenden Borken ähnlich den Eiterkrusten. Die Borkenbildung wird hier, wie überall an behaarten Körperteilen, sehr gefördert durch die Haare, die gleichzeitig auch den Nachteil haben, dass sie die Entfernung der Borken sehr behindern. Dadurch kommt es oft zu einer dichten Verfilzung; die Haare werden durch das eintrocknende Sekret verklebt. Der höchste Grad dieser Verfilzung ist der sogen. „Weichselzopf" (Plica polonica); das ganze Kopfhaar ist zu einer fest verfilzten, unentwirrbaren Masse verklebt. — Die Folge dieser Verfilzungen und der Verklebungen, des festen Anhaftens der Borken ist sehr häufig eine Sekretretention; die exsudierte Flüssigkeit vermag nicht abzufliessen. Das bedingt dann einerseits eine stärkere, entzündliche Schwellung, andererseits eine Resorption, und diese äussert sich vornehmlich in einer Anschwellung der regionären Lymphdrüsen, hier am Ohr, am Halse, im Nacken. Diese relativ häufig vorhandene Lymphadenitis ist beim gewöhnlichen Ekzem also eine sekundäre Erscheinung; dass es auch den Ek-

zemen der Kopfhaut parallel gehende Lymphadenitiden gibt, werden wir bei der Erörterung der skrofulösen Ekzeme, welche die ätiologische Betrachtung erheischen wird, sehen. — Sehr oft finden wir die sekundären Lymphadenitiden bei den durch Pediculi erzeugten, stets sehr lästigen, impetiginösen Ekzemen. Wie schon erwähnt, zeichnen sich diese Ekzeme dadurch aus, dass sich papilläre, warzige Granulationswucherungen auf der Haut entwickeln. Wenn man die Borken entfernt, treten dieselben zutage und erhärten die Ätiologie.

Die schuppenden Ekzemformen sind auf der Kopfhaut durchaus nicht selten; sie sind gewöhnlich seborrhoischen Charakters. Überhaupt kommen die innigen Beziehungen des Ekzems zur Seborrhoe gerade an der Kopfhaut sehr zur Geltung. Das lehren besonders die Beobachtungen am Kinderkopf, der ja so unendlich häufig Sitz von Ekzemen wird. Mit einer öligen Seborrhoe fängt es an, dann folgt Bildung fettiger, knetbarer, auf ein wenig geröteter Basis aufgelagerter Borken, die man als „Milchschorf“ (crusta lactea) oder „Gneis“ im Volksmunde bezeichnet. Ob hier schon die Grenze der Seborrhoe überschritten und das Gebiet des Ekzems schon betreten ist, darüber sind die Geister nicht einig. Letzteres scheint mir das richtigere. Nun können sich akut oder subakut in weiterer Folge alle Stadien des Ekzems entwickeln; alle zeichnen sich aus durch fettiges Sekret, durch umschriebene Grenzen; alle neigen dazu, vom Capillitium aus auf Gesicht, Hals etc. fortzuwandern. — Ähnlich lebhafte seborrhoische Ekzeme sind am Kopf des Erwachsenen seltener, aber sie kommen vor. Auch hier ist die scharfe Umrandung, der fettige Charakter der Borken typisch. Daneben tritt aber hier noch ein Folgezustand, der als sehr übler empfunden wird, das ist die Alopecie.

Der Haarausfall wird durch Ekzem nur dann erzeugt, wenn dasselbe den ausgesprochenen Typus des seborrhoischen hat und subakut längere Zeit fortbesteht.

Sehr erfreulich ist es, dass diese Alopecie keine dauernde ist, im Gegensatz zu der durch die chronische Seborrhoe erzeugten, welche im Laufe der Jahre zur Atrophie der Haarwurzeln führt. Die akuten seborrhoischen Ekzeme der Kopfhaut haben oft Haarausfall an den erkrankten Stellen zur Folge; bei richtigem Eingreifen wachsen nach Beseitigung dieser Ekzeme die Haare wieder.

Die **Gesichtsekzeme** in akuter Form sind oft Quälgeister der kleinsten Kinder. Alle Stadien kommen vor; Nässen und Krustenbildung sind besonders häufig. Das durch das Jucken hervorgerufene, instinktive Kratzen der kleinen Wesen verschlimmert die Situation bedeutend. In dem Vortrage über die Hautleiden kleiner Kinder habe ich dieselbe ausführlicher dargestellt. Die Ekzeme der ersten Lebensjahre haben meistens seborrhoischen Charakter, sie gehen fast stets von einem Ekzem der Kopfhaut aus; mindestens aber besteht eine ausgesprochene Seborrhoe derselben. Ganz anderer Bedeutung sind die Gesichtsekzeme der Kinder im 5.—15. Lebensjahre, wo sie auf dem Boden der Skrofulose sich entwickeln. — Bei Erwachsenen sind ausgedehnte Ekzeme des Gesichtes nicht gerade sehr häufig; meistens sind nur einzelne Bezirke erkrankt. Das chronische, höchstens zeitweilig exazerbierende Ekzema squamosum spielt hier die Hauptrolle. — Wenn das ganze Gesicht akut ekzematös ist, kann es durch ekzematöse Schwellung zu einer starken Entstellung desselben kommen, so dass es ein unförmiges Aussehen erhält. Die Folgeveränderungen stellen die Summe derjenigen dar, welche die einzelnen Abschnitte des Gesichtes beim Ekzem eingehen. Wir müssen sie hier eingehender würdigen:

Die **Stirn** schwillt nur selten stark an; wo sie es in akuten Fällen tut, ist die Spannung dem Patienten sehr unangenehm, ja sogar schmerzhaft. — Sehr charakteristisch sind hier die oben erwähnten, am Haarrande hervortretenden, vom Capillitium ausgehenden Ekzeme; sie sind typisch seborrhoischer Natur. Scharfe bogenför-

mige Ränder, gelblich-rote Färbung, fettige Schüppchen, geringes Jucken, serpiginöses Fortkriechen. Das ist so eigenartig und auch mit Rücksicht auf die Therapie so wichtig, dass man sich das sehr sorgsam ansehen muss. — Sehr bedeutend schwillt das lockere Gewebe der **Augenlider** an, sobald sie ekzematös werden. Das kann vollkommen das Öffnen der Augen unmöglich machen; bei Kindern sieht man das oft. — Die **Ohren** verlieren bei akutem oder subakutem Ekzem ihre geschwungenen Formen, werden unförmlich, die Vertiefungen flachen sich ab, das Ohrläppchen wird zu einem runden, teigigen Tumor. Der Eingang zum Gehörgang verengt sich. In der hinteren Ohrfurche entstehen sehr oft flache oder tiefe, schmerzhafte Rhagaden, die der Heilung schwer zugänglich sind. — Eine gesonderte Betrachtung erheischen die behaarten Teile des Gesichts, die **Augenbrauen, Augenlidränder, die Oberlippe** und **die Bartgegend.** Alle Gestaltungen können hier die Ekzeme annehmen, nur modifiziert durch die Behaarung, welche das festere Haften der Krusten, eine grössere Hartnäckigkeit des Ekzems bedingt. Eigenartig aber ist die an den behaarten Teilen des Gesichtes, und zwar nur an diesen, fast nie an der Kopfhaut, zuweilen sich hinzugesellende Neigung zur Entzündung der Follikel. Follikulitiden, benannt meistens als Sycosis vulgaris, sind oft Komplikationen, welche sich hier hinzugesellen und die Heilung des Leidens ausserordentlich erschweren. Entsprechend den Haarwurzeln entstehen kleine Pusteln; entfernt man das Haar, dann entströmt der Eiter dem Haarbalg. Die Hartnäckigkeit, mit der diese Follikulitiden immer wieder hervorspriessen, die ungeheure Neigung zu Rezidiven, welche nach Abheilung der Affektion zurückbleibt, drücken dieser Komplikation des Ekzems den Stempel eines schweren Hautleidens auf. — Der häufigste Sitz dieser Affektion ist die Oberlippe, wo von Kokken wimmelnde Nasensekrete dieselbe ins Leben zu rufen pflegen. Diese rote, oft

nässende, mit Pustelchen besäte, geschwollene Oberlippe ist eine nicht nur kosmetisch unangenehme Krankheit. — Die Bartgegend kann an einem mit Sycosis vulgaris gemengten Ekzem umschrieben und diffus erkranken; in letzterem Falle bietet sich ein widerliches Krankheitsbild: eine teils rote, nässende, teils pustulöse, teils mit dicken Krusten bedeckte Haut, durch welche die Haare miteinander zur Verklebung gebracht werden.

Nur selten sind die **Augenbrauen** Sitz dieses Ekzems, wogegen einfache seborrhoische, schuppende Formen, die auch bei langem Bestande den Ausfall der Härchen allmählich nach sich ziehen, oft vorkommen. — Dahingegen finden wir an den **Augenlidrändern** die mit Follikulitiden einhergehenden Ekzeme sehr oft; sie geben das Bild der Blepharitis marginalis. Hier ist alles gewissermassen en miniature. Der Lidrand ist mehr oder weniger durch Schwellung verdickt und mit kleinen Schüppchen bedeckt. Zwischen diesen sitzen hier und da, den Härchen entsprechend, diese umgebend, kleine Pustelchen. Spielt der Prozess sehr lange, wird er chronisch, dann fallen allmählich die Lidhaare aus, einen wulstigen, schinnigen Lidrand zurücklassend. — Neben diesen schweren Formen kommen auch solche ohne Follikulitis vor; das sind squamöse Ekzeme mit geringer Schuppung.

Zusammenfassend müssen wir hier noch der **Ekzeme an Schleimhautübergängen** gedenken: am Munde, an der Nase, an den Augen. Dass wir an diesen Stellen eine Bestätigung der Auffassung des Ekzems als Hautkatarrh, als Analogon der Schleimhautkatarrhe finden, ist von Interesse. Wir sehen eben, dass die Affektionen sich von Haut auf Schleimhaut und von Schleimhaut auf Haut fortsetzen, hier das Bild eines Ekzems, dort das eines Katarrhs erzeugend, — Krankheitsbilder, nur modifiziert durch die anatomischen Differenzen, aber sonst einander gleich. — Was aber praktisch wichtig ist, das sind die an den Schleim-

hautübergängen sich so häufig bildenden Rhagaden, diese spaltförmigen Fissuren an den Mundwinkeln, an den Nasenöffnungen, an den äusseren Lidwinkeln. Diese sind, wie die schon erwähnten Rhagaden hinter dem Ohr, schmerzhaft und schwer heilbar, und zwar um so schwerer, je lebhafter die darunter liegende Muskulatur arbeitet. Der sprechende und kauende Mund ist es besonders, welcher die kaum verklebten Risse immer wieder zum Aufplatzen bringt, so dass der rote, blutende Grund blossgelegt wird.

Bei allen Gesichtsekzemen kann es sekundär zur Anschwellung der regionären Drüsen am Halse kommen. Meistens gehen dieselben parallel mit dem Ekzem zurück; hin und wieder kommt es, besonders bei Kindern, auch zu einer Vereiterung der Drüsen.

Die Ekzeme am **Halse** gehen gewöhnlich vom Hinterhaupte aus, beginnen am Nacken und verbreiten sich von hier aus weiter nach unten. Bei fetten Menschen, besonders aber bei wohlgenährten Kindern, entwickelt sich in den ringförmigen Falten des Halses ein intertriginöser Zustand, auf dessen Besprechung wir bei der Intertrigo der Genitokruralgegend näher eingehen wollen.

Der **Rumpf** kann der Sitz mannigfachster Ekzeme werden, von denen die meisten nichts Besonderes bieten. Die seborrhoischen Ekzeme, die, vom Sternum, eventuell auch vom Interskapularraum ausgehend, sich als psoriasisähnliche, scharf begrenzte, nicht konfluierende, schuppende Flecke über Rumpf und Extremitäten ausbreiten, sind schon geschildert. — Betreffs der Intertrigo, welche wir in Achselhöhle und unter starken, herabhängenden Brüsten finden, verweise ich auch hier auf die spätere Erörterung. — Nur eine Art von Ekzem muss ich hier noch kurz streifen, welche wir noch gar nicht erwähnt haben, das Ekzema follicularе s. lichenoides. Es ist dieses ein papulöses Ekzem, bei welchem die einzelnen Papeln sehr klein, lichenartig sind, Schüppchen

tragen, stark jucken, auf erythematöser Haut emporspriessen. Die Anordnung dieser kleinen Ekzemefflores-zenzen entspricht meistens, wenn auch nicht immer, den Follikeln. Dieses follikuläre Ekzem, dessen Zugehörigkeit zur Ekzemgruppe vielleicht fraglich sein kann, kann über Rumpf und Extremitäten sich diffus ausbreiten und starke subjektive Störungen auslösen.

Hervorzuheben sind noch die Ekzeme der Mammilla, die akut und chronisch auftreten und die an der Brustwarze zuweilen Rhagaden erzeugen. Auch hier bilden seborrhoische Beläge zuweilen den Ausgangspunkt.

Ganz fälschlich führt Pagets Ekzem der Mammilla seinen Namen. Es handelt sich bei diesem um eine sich schleichend entwickelnde Affektion des Mammillarhofs und der Mammilla. Diese Teile erhalten ein ekzematöses Aussehen, bedecken sich mit Schuppen und Borken; gleichzeitig aber entsteht eine diffuse, sehr derbe Verhärtung der erkrankten Haut, die schliesslich sich knorpelartig anfühlt. Das ganze Leiden stellt eine diffus karzinomatöse Infiltration dar, welche sehr langsam verläuft, aber schliesslich ihre Malignität nicht verleugnet.

Die **Genito-Analgegend** ist zum Ekzem ganz besonders disponiert; eine Reihe ätiologischer Momente kommen hier zur Geltung. Hier ist die Stelle, um des Ekzems der Berührungsflächen zu gedenken, das man als **Intertrigo** bezeichnet. Die Intertrigo ist keine Krankheit sui generis, sondern stellt ein Ekzema erythematosum derjenigen Körperstellen dar, an welchen zwei Hautflächen einander anliegen; es sind die Regio analis, Regio genitocruralis, ferner bei fetten Personen die Regio inguinalis, die Regio submammaria, die Regio axillaris und die Hautfalten, welche sich am Halse, am Abdomen, am Oberschenkel bilden. Es gehört hierher auch der Präputialraum, an dem der intertriginöse Prozess als Balanitis bezeichnet wird. Diese Stellen

haben die Besonderheiten, dass sie ein zartes Epithel haben, dass die Sekrete der Haut nur schwer abfliessen und verdunsten können, was eine feuchte Atmosphäre bedingt, so dass der Charakter schleimhautähnlich wird. Das dichte Aneinanderliegen der Hautflächen bewirkt, dass, sobald sich ein erythematöses Ekzem entwickelt, die Haut rot und feuchtglänzend wird, wobei das stagnierende und sich zersetzende Sekret einen unangenehmen, eigenartigen Geruch annimmt. Damit geht dann ein Gefühl lebhaften Brennens einher, während Jucken weniger empfunden wird. Die anderen Stadien des Ekzems kommen an den Berührungsflächen niemals zur Geltung; Blasen, Borken, Schuppen gibt es hier nie. Die Feuchtigkeit lässt es nicht zu. Dagegen kommen andere maligne Komplikationen vor, die hier erwähnt seien. Es sind das gangränöse Prozesse, welche sicherlich durch Ansiedelung maligner Mikroorganismen erzeugt werden. Es handelt sich hierbei aber um seltene Vorkommnisse bei heruntergekommenen Individuen; meistens sind es marantische Säuglinge.

Der zweifellose, ekzematöse Charakter der Intertrigo kommt gewöhnlich dadurch zum Ausdruck, dass die umgebende, freiliegende Haut gleichzeitig deutlich ekzematös ist oder es vorher war, resp. nachher wird. — Jedoch sei darauf hingewiesen, dass auch andere Hautleiden, z. B. Psoriasis vulgaris, an Berührungsflächen genau dasselbe intertriginöse Aussehen annehmen können. Nur die eingehendere Beobachtung der umgebenden Haut kann hier Klarheit schaffen.

Die Intertrigo geht bei den richtigen Massnahmen unter Abblassen der Haut und Abnahme der Sekretion in kurzer Zeit in Heilung über.

Die bereits erwähnte Balanitis ist oft von einer starken, ödematösen Anschwellung begleitet, welche zu einer entzündlichen Phimose führen kann. Oft kommt es auch im Präputialraum zu Erosionen, selbst zu oberflächlichen Ulzerationen, welche diagnostische Schwierig-

keiten darbieten. — Fungöse Wucherungen sind bei der sogen. Balanoposthomykosis beobachtet, die durch Ansiedelung von Pilzen erzeugt wird. — Folgen der Balanitis können Lymphangoitis penis, selbst suppurative Bubonen sein.

Die gewöhnlichen Ekzemformen bevorzugen die Genitoanalgegend sehr; Analekzeme, Vulvarekzeme, Skrotalekzeme, Penisekzeme sind häufige Vorkommnisse, mögen sie primärer oder sekundärer Natur sein, mögen sie nässenden oder schuppenden Charakter haben. Bemerkenswert ist, dass hier oft in akuten Fällen ödematöse Anschwellungen vorhanden sind, welche deformierend wirken. In chronischen können derbe Infiltrationen mit pachydermieartigen Verdickungen an Vulva, Skrotum, Penis sich ausbilden. Die Analekzeme, welche sich durch besonders lebhaftes Jucken auszeichnen, wobei das Jucken sowohl Ursache als Folge des Ekzems sein kann, führen bei chronischem Verlaufe stets zu einer derben Infiltration der die Aftermündung umgebenden Haut. Diese verliert durch die Verdickung an Elastizität, infolgedessen entstehen circum anum bei den Dehnungen desselben leicht Rhagaden, Fissuren, welche radiär angeordnet sind. Die Schmerzhaftigkeit dieser Analfissuren ist bekannt.

Die **Ekzeme der oberen Extremitäten** bevorzugen, wenn sie primär sind, sehr die Beugeseiten; man darf wohl annehmen, dass die zartere Beschaffenheit der Epidermis hier besonders zum Ekzem disponiert. Ellbogenbeuge und Kniekehle sind der häufigste Sitz. Die Ekzeme können natürlich von den Beugeseiten aus auf die Streckseiten übergreifen. Wo letztere nur allein ergriffen sind, da handelt es sich fast immer um sekundäre Ekzeme, welche sich an juckende Hautaffektionen angeschlossen haben, so an Prurigo Hebrae, Skabies u. ähnl. — Bemerkenswert ist, dass das oben erörterte, stark juckende Ekzema papulosum, welches auch als Prurigo simplex oder Neurodermitis benannt wird,

kegelförmige, feste Papeln auf normalem Grunde aufweist, mit Vorliebe die Unterarme heimsucht.

Prädilektionssitz von Ekzemen sind leider die Hände. Begreiflich ist es ja, wenn man bedenkt, wie exponiert dieselben sind, welch' mannigfachen Schädlichkeiten sie ausgesetzt werden. Mechanische, thermische, chemische Noxen wirken hier auf die Haut. Die erste Stelle nehmen hier die Gewerbeekzeme ein, zu denen die verschiedensten Berufe führen können. Typische Beispiele hierfür sind die Ärzte selbst, unter denen sich eine grosse Anzahl befindet, welche nach Anwendung differenter Medikamente Ekzeme bekommen. Meistens handelt es sich um Antiseptika, unter denen das eine bei diesem, das andere bei jenem Arzte ekzematofor wirkt. Jodoform, Karbolsäure, Lysol, Sublimat, wie fast alle übrigen Desinfizientien sind in dieser Richtung gefürchtet. Alle Stadien des Ekzems können entstehen, den Betroffenen durch Brennen und Jucken quälen und vor allem berufsunfähig machen. Die Hartnäckigkeit dieser Ekzeme, die stete Neigung zu Rezidiven erklärt sich leicht dadurch, dass die Ärzte fast nie in der Lage sind, diese Schädlichkeiten zu meiden. In gleicher Weise erkranken Dienstpersonal, Wäscherinnen, Photographen etc. an Handekzemen. — Auch an den Händen ist vorzugsweise die Dorsalseite betroffen.

Die Finger erkranken mit Vorliebe auch an den Seitenflächen. Entsprechend den Fingergelenken entstehen leicht Rhagaden, welche schmerzen, während an den Interdigitalstellen ein intertriginöser Zustand sich oft ausbildet. — Die Nägel leiden fast stets bei langdauernden Ekzemen der Hände; sie verlieren ihren Glanz, werden trocken, spröde, brüchig, bekommen Unebenheiten. Übrigens können bei ausgebreiteten Ekzemen des Körpers die Nägel auch isoliert erkranken, wenn die Hände frei geblieben sind.

Die seltenen Fälle von Ekzemen der Vola manus, die fast stets auch Beteiligung des Dorsum aufweisen,

gehen mit einer Verdickung der Hornschicht (Hyperkeratose) einher; man spricht dann von einem **Ekzema hyperkeratoticum s. tyloticum** volae manus, dessen Vorkommen schon an anderer Stelle erwähnt ist. Dass die übermässig verhornte Haut der Handfläche ihre Elastizität verliert, leicht platzt und reisst, Rhagaden bekommt, ist ohne weiteres begreiflich.

Die Handekzeme greifen fast stets auch auf die Unterarme über, springen aber oft auch bei besonderer Disposition auf entferntere Körperteile. Hier ist besonders das Gesicht zu nennen, welches oft gleichzeitig erkrankt.

Einreihen muss ich hier noch eine andere Erkrankung der Hände, die Dyshidrosis (Cheiropompholyx), von der es zweifelhaft ist, ob sie zum Ekzem gehört. Es besteht dieses Leiden in dem Aufspriessen zahlreicher Bläschen auf der normalen, nicht entzündlich geröteten Haut der Hände und Finger. Sekundär können Entzündungserscheinungen, Röte, Schwellung, hinzutreten; von vorneherein sind sie nicht vorhanden, ein Hauptunterschied gegenüber dem Ekzem. Diese Affektion, welche auch Füsse und Gesicht ergreifen kann, ist Dyshidrosis genannt, weil sie mit einer Störung der Schweisssekretion einhergehen soll. Das ist aber durchaus zweifelhaft. Wahrscheinlich ist es, dass eine Anomalie im Nervensystem zugrunde liegt.

Von den **Ekzemen der Unterextremitäten** gilt mutatis mutandis dasselbe wie von den Oberextremitäten, An den Füssen fallen die Gewerbeekzeme fort, dafür gibt es, wenn ich mich so ausdrücken darf, Sekretionsekzeme, bedingt durch Hyperhidrosis pedum; diese aber stellen sich fast nur dar als Hyperkeratosis der Fusssohlen und als Intertrigo der Zehen. Über beides habe ich hier nichts weiter Bemerkenswertes hinzuzufügen. — Eine gesonderte Besprechung erheischen aber die durch Phlebektasien hervorgerufenen, so sehr häufigen Ekzemata cruris. Die stets vorhandene Stauung ruft

eine Reihe von Hautveränderungen, „Stauungsdermatosen“, hervor, unter denen die Ulcera cruris und das Ekzem die Hauptrolle spielen. Es handelt sich um chronische Ekzeme aller Art, die aber auffallend häufig sich hier als nässende präsentieren; der Volksmund nennt es „Salzfluss“. Grosse Flächen können gleichzeitig erkranken, grosse Mengen von Sekret stetig abgeschieden werden. Die Neigung zum Überhornen ist eine um so geringere, je grösser die Stauung ist, je mehr der Patient oder, was viel häufiger ist, die Patientin darauf angewiesen ist, stehend seine Arbeit zu verrichten.

Die Stauung ist auch der Hauptfaktor, welcher die mit den Ekzemen einhergehende hypertrophische Veränderung des Bindegewebes bedingt. Derbe Infiltration der Haut in all ihren Schichten, sich steigernd bis zu unförmlicher, elephantiastischer Verdickung sind Symptome, welche sich parallel den Ekzemen entwickeln. — Auch umschriebene Hypertrophieen kommen hier bei den Ekzemen vor, warzenähnliche Bildungen, wie wir sie sonst nirgends sehen; wenn man von einem Ekzema verrucosum spricht, so ist die Berechtigung dieser Benennung allerdings zweifelhaft, da die Warzenbildung eine Erscheinung ist, die mit dem gleichzeitigen Ekzem nur die Ursache gemeinsam hat.

Wir kommen zur **Ätiologie des Ekzems,** deren Kenntnis für Diagnose, Prophylaxe und Therapie unentbehrlich ist. Wir müssen da unterscheiden zwischen primären und sekundären Ekzemen. Unter letzteren verstehe ich solche Ekzeme, welche zu anderen Hautleiden als Folgezustände und Komplikationen hinzutreten. Die primären Ekzeme können aus inneren oder äusseren Ursachen entstehen. Dabei muss man aber sich dessen bewusst sein, dass diese Abgrenzung keine scharfe ist, und andererseits sehr oft beide Momente zusammenwirken müssen, um das Ekzem zu

schaffen. Die inneren Ursachen schaffen fast nie direkt das Ekzem, sie rufen nur die Disposition hervor. Diesen Begriff der Disposition, mag derselbe auch meistens noch nicht definierbar sein, können wir für die Ekzemätiologie nicht entbehren. Wir wissen sehr oft nicht, wodurch die Disposition geschaffen ist, wir verstehen es oft nicht, auf welche Weise ein sicher für das Ekzem verantwortliches Leiden zu der Disposition führt, wir können noch sehr oft nicht ergründen, auf welchen lokalen, histologischen Anomalien die Disposition beruht, aber wir müssen doch den Begriff der Disposition festhalten und zu den ursächlichen Erklärungen heranziehen. Die Wissenschaft kann leider noch oft nicht den in der Praxis eingeführten und auch praktisch gut basierten Begriffen das wünschenswerte Fundament geben, aber deshalb können wir die Begriffe nicht beiseite legen. So hat man nach meinen Erfahrungen das Recht, von einer Ekzemdisposition (Ekzemdiathese) zu sprechen, die manchen Menschen jahrelang, ja oft das ganze Leben lang innewohnt. Auf minimale Schädlichkeiten, die für andere Menschen schadlos sind, reagieren sie mit Ekzemen, und auch ohne nachweisbare Noxen werden sie von Ekzemrezidiven immer wieder heimgesucht, sind zuweilen niemals von solchen ganz frei. Man hat zuweilen diese Ekzemdiathese auf alle mögliche Weise zu erklären versucht, aber man hat schliesslich den einen unklaren Begriff nur durch einen anderen ersetzt, der nicht besser definierbar ist. Mag also der Begriff der Ekzemdiathese theoretisch ein hypothetischer sein, praktisch ist er vollkommen greifbar und verständlich.

Die Haut dieser Ekzematiker braucht sich in der ekzemfreien Zeit in keiner Weise von der normalen zu unterscheiden. Sehr oft allerdings tut sie dieses, indem sie eine seborrhoische Beschaffenheit zeigt. Die Seborrhoe ist in gar vielen Fällen die äusserliche, handgreifliche Basis der Ekzeme, ohne aber die Vorbedingung zu

sein. Vielleicht könnte man sagen, es gibt eine seborrhoische Diathese und eine ekzematöse Diathese, die sich oft zu einander addieren, indem letztere sich zu ersterer hinzugesellt. Aber, wie gesagt, beide sind keine inseparabiles. Es gibt eine Ekzemdiathese auch ohne Seborrhoe.

Dieses Allgemeine vorausgeschickt, gehen wir zu einer Besprechung der verschiedenen auf inneren Leiden basierenden Ekzeme. Unter diesen werden die neurotischen Ekzeme in der Neuzeit sehr viel erörtert. Die neurogene Entstehung ist mit Sicherheit noch niemals erwiesen, jedoch sprechen mitunter praktische Erfahrungen für dieselbe. Besonders bei Handekzemen und bei den auch als Neurodermitis bezeichneten papulösen Ekzemen der Unterarme ist zuweilen ein Zusammenhang mit nervösen Störungen wahrscheinlich. Neurasthenische und hysterische Personen erkranken an denselben; die Ekzeme gehen zurück, wenn das Nervensystem sich bessert und umgekehrt. Das sind die Anhaltspunkte für den nervösen Ursprung, an welche sich die Behandlung klammert. Sehr viel mehr sichergestellt ist der Zusammenhang mit dem Nervensystem bei der oben erwähnten Dyshidrosis, welche in der Tat nicht eine sekretorische, wie der Name es andeutet, sondern eine vasomotorisch-trophische Stauung zu sein scheint.

Von konstitutionellen Erkrankungen steht in erster Reihe die Skrofulose mit den Ekzemen in Konnex. Es handelt sich dabei aber nicht um spezifische, skrofulöse Dermatosen, wie bei dem Scrophuloderma papulosum, nodosum, ulcerosum, sondern nur darum, dass die skrofulöse Diathese die Disposition schafft für die Entwickelung von Ekzemen, die dann allerdings so viel Charakteristisches haben, dass man von skrofulösen Ekzemen sprechen kann. Es handelt sich bei diesen um besonders stark sezernierende, nässende und borkenbildende, mit lebhafter Schwellung einhergehende Flechten, die sich durch die Lokalisation kennzeichnen. Sie bevorzugen den Kopf, das Capillitium, noch mehr aber

das Gesicht. Hier wiederum sind die Umgebungen von Mund und Nasenöffnungen, Augenlider und Ohren am häufigsten ergriffen, d. h. die Stellen, an welchen Haut- und Schleimhaut ineinander übergehen. Letztere ist dabei niemals intakt, sei es, dass sie primär katarrhalisch affiziert war und sekundär unter dem Einfluss der reizenden Sekrete die Haut erkrankte, sei es dass der Vorgang sich umgekehrt abspielte, der Hautkatarrh auf die Schleimhaut überging. Jedenfalls finden wir Haut und Schleimhaut gleichzeitig erkrankt. Diese Kombination und Lokalisation, dazu der ganze skrofulöse, lymphatische Habitus, die skrofulösen Drüsenschwellungen, sie sind typisch für die Ätiologie dieser Ekzeme, welche die Kinder vom dritten Jahre bis zur Pubertät so unendlich oft heimsuchen und quälen, besonders Kinder mit dem pastösen Habitus.

Eine andere Konstitutionsanomalie, welche für die Entstehung vieler langdauernder Ekzeme verantwortlich ist, ist der Diabetes, der natürlich gerade bei Erwachsenen von Bedeutung ist. Hier ist die Erklärung ziemlich einfach. Wir wissen, dass die Haut bei Diabetikern durch den Einfluss des anomalen zuckerhaltigen Blutes sehr vulnerabel wird, deshalb zu Erkrankungen aller Art, Geschwürsbildung, Furunkeln, Gangrän, Ekzem neigt. Sicherlich schafft die Vulnerabilität nur die Disposition; akzidentelle Momente lösen dann die Hautleiden aus. Das Ekzem entsteht auch oft noch auf einem Umwege als Folge des Pruritus diabeticus. Diese bei Glykosurie so häufige Parästhesie reizt zum Kratzen, dessen Effekt das Ekzem wird.

Endlich werden Ekzeme der Genitalien, Vulvitis, Balanitis direkt durch den Kontakt mit dem zuckerhaltigen Harn sehr häufig erzeugt, woran man bei jeder der genannten Störungen am Unterleibe denken muss. muss.

Sehr viel wird besonders in der ausländischen Literatur von Ekzemen bei Arthritis gesprochen, wie über-

haupt die arthritische Diathese oft dem Ekzem wie vielen anderen Hautleiden als ätiologisches Moment untergeschoben wird. Meines Dafürhaltens ist der Beweis dafür noch zu erbringen. Wir wissen gar nichts Bestimmtes darüber. Sicher gibt es Hautanomalien bei Arthritis; Dermatitiden, heftige erysipelartige Hautentzündungen, ferner Hyperkeratosen der Hand- und Fusssohlen auf zweifellos arthritischer Grundlage habe ich wohl gesehen. Gerade bei Ekzemfällen ist mir die ätiologische Beziehung zwischen dieser Anomalie des Eiweissumsatzes und dem Ekzem nie klar vor Augen geführt worden. — Um gleich noch die dritte Stoffumsatzanomalie, die übermässige Fettablagerung, Adipositas nimia, zu streifen, so ist dieselbe direkt nicht ekzematofor. Indirekt kann sie es durch die begleitende Hyperhidrosis werden. Diese, an den Berührungsflächen besonders lebhaft, ruft hier oft sehr lästige Intertrigo hervor.

Über die Bluterkrankungen, welche ja viele Beziehungen zu Hautanomalien haben, kann ich hier hinweggehen, da sie gerade mit dem Ekzem wenig zu tun haben.

Von Organleiden ist über Lungen- und Herzleiden nichts zu sagen; sie können höchstens indirekt durch Hyperhidrosis begünstigend auf die Entstehung von Ekzemen einwirken. — Erkrankungen der Harnwege sind eher als direkte Ekzemerreger anzusehen. Nephritiker leiden zuweilen an Ekzemen, ferner die sogenannten Prostatiker, bei denen die Prostatahypertrophie eine reguläre Harnentleerung verhindert, dieser sich in der Blase anstaut. Es kommen dann Bestandteile des normalen oder zersetzten Harns zur Resorption, welche die Haut reizen, Ekzeme erzeugen; es sind diese der Ausdruck einer Harnvergiftung. — Bei Prostatikern können Ekzeme auch auf anderem Wege entstehen, indem der zersetzte resp. leicht zersetzliche Harn direkt die Haut der Genitalien reizt,

da es einerseits leicht zur Ischuria paradoxa, zum Überfliessen, unfreiwilligen Abfliessen des Harns kommt, andererseits das Nachträufeln desselben häufig ist. — Dass Incontinentia urinae ekzemerregend wirkt, ist ja ohne weiteres erklärlich.

Bei Frauen geben Genitalvorgänge zuweilen zu Ekzemen Anlass. Es gibt Menstruationsekzeme und Graviditätsekzeme, es gibt ferner Ekzeme der Genitalien, welche ihren Ursprung der direkten Reizung durch vorhandenen Ausfluss verdanken oder indirekt auf das durch diesen Ausfluss ins Leben gerufene Jucken oder einfachen Pruritus zurückzuführen sind.

Sehr wichtig sind für die Ekzemätiologie Anomalien des Verdauungstraktus: Ansammlung übermässiger Nahrungsmengen, Vorhandensein abnormer Verdauungsprodukte, toxischer Substanzen, sei es dass dieselben als solche per os in den Magendarmkanal gelangt sind, sei es dass sie sich erst hier gebildet haben. So sehen wir, dass bei Säuglingen, die überernährt sind, — hauptsächlich sind es Flaschenkinder —, sei es dass sie quantitativ zuviel bekommen, sei es dass sie eine zu gehaltvolle, vor allem zu fettreiche Nahrung erhalten, Ekzeme entstehen. So sehen wir Menschen an Ekzemen leiden, die von chronischer Obstipation heimgesucht sind. Stets entstehen hier die Ekzeme auf dem Wege der Autointoxikation, eine Benennung, die sich in gleicher Weise für die Ekzeme bei Diabetes, Nephritis etc. anwenden lässt.

Auf einem anderen direkten Wege entstehen noch bei Verdauungsstörungen ekzematöse Erkrankungen; das sind die Ekzeme resp. die Intertrigo der Ano-Genitalgegend bei quantitativ oder qualitativ, meistens nach beiden Richtungen veränderten Fäces. Hier sind es auch fast ausschliesslich die Säuglinge, bei welchen die Durchfälle, die massenhafte Entleerung dünner, meistens zersetzter Fäces, diese unangenehme Folge haben.

Die **äusseren Ursachen** der Ekzeme können wir einteilen in parasitäre und nicht parasitäre. Wenn man von parasitären Ekzemen spricht, so muss man sich klar dessen bewusst werden, dass man sich in einer Hypothese bewegt. Es gibt so manche Autoren, welche der mikrobiären Ätiologie des Ekzems ein grosses Feld einräumen, oft ein so grosses, dass für andere ätiologische Momente kaum etwas übrig bleibt. Das ist viel zu weit gegangen. Bewiesen ist in dieser Richtung einfach gar nichts; wir kennen keine Mikroben des Ekzems, wir haben auch für eine Überimpfbarkeit des Ekzems von einem Individuum auf ein anderes für die Mehrzahl der Ekzeme weder theoretische noch praktische Anhaltspunkte. Also es handelt sich, wenn man vielfach für die Ekzeme bakterielle Ursachen annimmt, vorläufig jedenfalls um Luftgebilde, die ihre Entstehung lediglich der herrschenden Zeitströmung verdanken. Was wir den Bakterien auf Grund praktischer Erfahrungen und theoretischer Studien beim Ekzem in die Schuhe schieben können, wäre etwa folgendes: Erstens können wir die Ansiedelung von Streptokokken und Staphylokokken für die meisten Ekzeme verantwortlich machen, welche gleich den Pyodermien mit einem eitrigen Charakter einhergehen. Das sind die zu Follikulitis führenden Ekzeme der behaarten Gesichtsgegend (Sycosis vulgaris), das sind die impetiginösen Ekzeme mit lebhafter Pustelbildung. Aber wohlverstanden, nicht alle impetiginösen Ekzeme sind bakteriellen Ursprungs, denn es gibt sicherlich auch solche aus chemischen Ursachen; das lehrt das Studium mancher Gewerbeekzeme.

Die zweite und letzte Gruppe von Ekzemen, für welche nach unserem jetzigen Wissen die parasitäre Ätiologie wahrscheinlich ist, bildet das Ekzema seborrhoicum s. psoriasiforme, das von manchen, ich möchte sagen mit zu grosser Sicherheit, präjudizierend schon als Ekzema parasitarium benannt wird. Die Verbreitung desselben, die praktisch sich zuweilen ergebende Wahr-

scheinlichkeit einer Übertragung, sprechen für mikrobiäre Ursachen. Aber auch hier kommen wir über eine Wahrscheinlichkeit nicht hinaus. Für alle anderen Ekzeme muss man einfach abwarten, ob die Wissenschaft uns noch für eine parasitäre Ätiologie sicheren Anhalt liefern wird. — Bis dahin werden wir den Hauptwert auf die nicht parasitären Ursachen legen müssen, welche physikalischer und chemischer Natur sein können.

Mechanische Reizung durch Scheuern, Reiben und Kratzen ruft unendlich oft Ekzeme hervor.

Die Kälte erzeugt bei manchen mit Sicherheit Ekzeme; so gibt es Menschen, welche alljährlich im Winter an Handekzemen erkranken. — Das Licht kann ein Ekzem hervorrufen, wenn es auf die Haut längere Zeit sehr intensiv einwirkt. Das Ekzema solare nach energischer Belichtung durch die Sonne und durch die stark reflektierenden Schneeflächen hoher Gebirge ist bekannt; der Einfluss der ultravioletten Lichtstrahlen auf die Haut macht sich hier geltend. — Chemische Noxen sind unendlich häufig; ich erinnere nur an viele Gewerbeekzeme, an die Ekzeme, die durch Heilmittel mannigfachster Art, Pflaster etc. erzeugt werden. — Sehr häufig handelt es sich um ein Zusammenwirken von einer Reihe ätiologischer Momente. Wenn eine Wäscherin Ekzeme bekommt, dann spricht mit: Das mechanische Reiben, die Einwirkung des kalten und heissen Wassers, die Alteration durch die Seifenlauge etc.

Soviel von den Ursachen primärer Ekzeme; natürlich ist auch diese Erörterung eine ganz skizzenhafte. Aber gerade hier kann der praktische Arzt mit seinem alles umfassenden Wissen allein ergänzend eingreifen. Zum Schlusse dieses Abschnittes möchte ich noch einmal wiederholen, was ich an die Spitze desselben setzte, nämlich die Unentbehrlichkeit des Begriffes „ekzematöse Disposition“. Wo diese vorhanden ist, werden zahllose Schädlichkeiten zum Ausbruch von

Ekzemen Veranlassung geben, welche für andere absolut schadlos sind.

Sekundärer Ekzeme, welche sich zu anderen Dermatosen hinzugesellen, gibt es gar viele: Katarrhe der Haut treten zu allen möglichen Hautleiden hinzu, wie Katarrhe der Schleimhaut zu allen möglichen Organerkrankungen. — Es hat das Ekzem Beziehungen zu vielen anderen Hautleiden, vor allem zu denen, welche mit lebhaftem Jucken einhergehen; Pruritus, Prurigo Hebrae, Skabies seien hier in erster Linie genannt. Wie schon wiederholt erwähnt, sind Kratzekzeme neben Pyodermieen (Follikulitiden, Furunkeln, Ekthyma) eine unendlich häufige Form der Kratzeffekte.

Meiner Überzeugung nach spielt auch bei der Entstehung des Kratzekzems die mechanische Malträtierung der Haut, die ja bekanntlich beim Kratzen mit einer grausamen Verve behandelt wird, die Hauptrolle, wobei parasitäre Ansiedelungen nur für den oft vorhandenen impetiginösen Charakter des Ekzems verantwortlich sind. Bei keinem Juckleiden der Haut bleibt ein Ekzem auf die Dauer aus, ätiologisch gekennzeichnet meistens durch die Lokalisation, welche dem ursächlichen Leiden entspricht, worauf wir später noch zurückzukommen haben. — Ein Wort muss ich noch über das Ekzem bei Pediculosis sagen. Hier ist mir zweifelhaft, ob stets das Jucken und Kratzen den Vermittler spielen muss, oder ob nicht auch die toxischen Abscheidungspunkte dieser Hautgäste direkt ohne Umwege durch chemische Reizung Ekzeme erzeugen können, die, wie bereits geschildert, ja ihre ganz besondere Eigenart haben.

Ein Hautleiden, welches gerne sich mit Ekzemen kompliziert, ist die Ichthyosis in ihren leichteren Formen. Besonders die leichteste Gestaltung der ichthyotischen Haut, der Lichen pilaris, bei dem die Haut mit minimalen, den Follikeln entsprechenden, aus verhornten Kegelchen bestehenden Rauhigkeiten besetzt ist, wie wir es bei vielen Menschen besonders an den Streck-

seiten der Extremitäten so deutlich sehen, — diese Gestaltung disponiert in hohem Masse zu Ekzemen. —

Von selteneren Vorkommnissen, wie der Kombination von Lupus vulgaris mit Ekzem und ähnlichen will ich hier nicht weiter reden. Nur auf die Seborrhoe als Vortrab des Ekzems sei hier nochmals hingewiesen. Beim Ekzema seborrhoicum ist ja davon gesprochen worden. —

Fassen wir nochmals die

Hauptmomente für die Diagnose des Ekzems

zusammen, um in die Differentialdiagnose nachher eintreten zu können.

Unter den verschiedenen Gestaltungsformen des Ekzems, den verschiedenen Stadien desselben, ist das Nässen das am meisten charakteristische. Abgesehen von seltenen Fällen von umschriebenem Pemphigus gibt es kaum eine Affektion, die eine gleiche Veränderung erzeugen kann, während Papeln, Bläschen, Pusteln, Schuppenbildung bei allen möglichen Dermatosen auftreten können. Wo Krusten und Borsten vorhanden sind, muss man dieselben vorher entfernen und feststellen, ob darunter eine nur von den oberen Epidermisschichten entblösste Basis vorhanden ist oder ein Geschwür, ein Defekt des Coriums vorliegt.

Also, wo Nässen besteht oder zeitweilig aus einer papulösen, vesikulösen, schuppenden Affektion hervorgeht, ist die Diagnose fast stets klar. Von den Papeln und Bläschen muss man nur festhalten, dass sie beim Ekzem stets klein sind; niemals kommt es zu grösseren Knoten oder Blasen (bullae). Auch durch Konfluenz entstehen aus den Vesikeln niemals Bullae.

Für die Schuppen des Ekzems kann noch als Kennzeichen gelten, dass sie nicht silberglänzend sind, wie bei der Psoriasis; um das zu beurteilen, muss man die oberste Schicht abkratzen. Die Schuppen haften auch weder fest untereinander, noch fest am Boden; es ist

eine richtige Keratolyse, eine Ablösung von kleinen Hornlamellen. — Von allergrösster Wichtigkeit für die Diagnose des Ekzems ist die Polymorphie desselben, d. h. der Umstand, dass die verschiedenen Effloreszenzen meistens nebeneinander vorhanden sind. Man sieht mit oder ohne nässende Stellen Papelchen, Bläschen, Krusten, Schüppchen in buntem Gemisch die kranke Haut bedecken. Auf einem kleinen Krankheitsgebiete können wir alle Stadien nebeneinander sehen. Wo verschiedene Hautstellen ekzematös erkrankt sind, kann jede sich in einem anderen Stadium befinden, was ausserordentlich lehrreich ist. Man verabsäume es niemals sich alle erkrankten Hautstellen anzusehen, auch schon aus diagnostischen Zwecken. Aus therapeutischen ist das ja gewiss unumgänglich notwendig. — Also neben den Einzeleffloreszenzen ist die Polymorphie für die Diagnose von grossem Werte.

Wo nicht gleichzeitig verschiedene Effloreszenzen den Weg weisen, und eine diagnostische Schwierigkeit vorhanden ist, da muss man oft abwarten, wie sich die vorhandenen verhalten. Es geht ja ein Stadium früher oder später in das andere über, und daraus erhält man ein Gesamtbild. Besonders wichtig ist hier wiederum das wenn auch nur vorübergehende Eintreten eines nässenden Stadiums, welches die Situation sofort klärt.

Die unbestimmte Begrenzung des Ekzems ist diagnostisch gegenüber vielen Leiden zu verwerten. Nur das Ekzema seborrhoicum macht hier eine Ausnahme; dieses schneidet gewöhnlich scharf gegen die Umgebung in bogenförmigen Rändern ab oder stellt sich in Kreisform dar. Wo sich der Klärung der Diagnose Schwierigkeiten bieten, halte man hier die sonstigen Charaktere des Ekzema seborrhoicum fest: der gelblichrote Farbenton, die fettigen, weichen Schüppchen und Borken, die gleichzeitig vorhandene Seborrhoe, die Prädilektion für seborrhoische Hautstellen, die Verbreitung vom Kopfe nach unten hin.

Das Jucken fehlt beim Ekzem niemals, gehört vielmehr zu den konstantesten Symptomen. Ganz vermisst wird es nie, nur beim Ekzema seborrhoicum ist es meistens wenig lebhaft. Gerade, dass die chronischen, schuppenden Ekzemformen so stark zu jucken pflegen, ist diagnostisch sehr zu verwerten.

Ferner ist wichtig für die Diagnose des Ekzems der Sitz desselben, die Prädilektion primärer Ekzeme für Gesicht, Kopfhaut, Schleimhautübergänge, Beugeseiten.

An der Hand genannter diagnostischer Merkmale müssen wir nun in die Differentialdiagnose eintreten, wobei natürlich nur die wichtigsten, verwechslungsfähigen Leiden berücksichtigt werden können. Sehr oft wird das Erysipelas faciei mit dem akuten Ekzem verwechselt; die angeblich sehr häufigen Fälle rezidivierender Gesichtsrosen sind sicherlich zum grossen Teil Ekzeme. Für Erysipel spricht die pralle Spannung, die sehr lebhafte Rötung, die scharfe, wallartige Begrenzung des Krankheitsherdes und die glatte Beschaffenheit der geröteten Haut, welche ja bei Ekzem immer minimale, wenn auch nur bei seitlicher Beleuchtung und fein tastendem Finger nachweisbare Papelchen und Bläschen aufweist. Kommt es, wie zuweilen, beim Erysipel zur Blasenbildung, dann sind es stets grosse Bullae, wie wir sie beim Ekzem nicht finden. — Jucken spricht für Ekzem.

Dass eine erhebliche Alteration des Gesamtbefindens, ein hohes Fieber für Erysipel entscheiden, ist fraglos. Beherzigen muss man nur, dass einerseits ein akutes Ekzem mitunter Fieber, wenn auch nur sehr leichtes, hervorrufen kann, dass andererseits die rezidivierenden Erysipele oft nur wenig Allgemeinerscheinungen machen.

Das **Erythema exsudativum multiforme** wird trotz des typischen Aussehens doch oft mit Ekzem verwechselt. Zu beachten ist die Prädilektion für Hand-

rücken, Streckseiten des Unterarmes und Gesichts, die flach erhabene, glatte, bläschenfreie Beschaffenheit der polsterartigen, nesselähnlichen roten Erhabenheiten. Schuppenbildung kommt nur im Stadium der Resorption, des Schwundes der Exsudationen vor. Zuweilen entsteht Blasenbildung beim Erythema exsudativum multiforme, dann sind es aber entweder grössere Blasen oder kleinere Bläschen in charakteristisch circinärer, kreisförmiger Anordnung um ein mehr oder weniger gerötetes, glattes Zentrum. Zuweilen wird dieses sogar von mehreren Parallelkreisen kleiner Bläschen umgeben (Herpes iris s. circinatus). Niemals Nässen. Alles Merkmale genug, um diese Affektion vom Ekzem leicht abzugrenzen.

Der gewöhnliche Herpes, von mir **Herpes simplex** genannt, unter dem Namen Herpes facialis, labialis, progenitalis, praeputialis sehr bekannt, bildet eine umschriebene Gruppe kleiner, bei nötiger Schonung schnell eintrocknender Bläschen, die durch ihre Anordnung kaum zu Zweifeln Veranlassung geben. Desto schwieriger kann die Abgrenzung des **Herpes tonsurans maculosus** resp. **squamosus** werden. Wir haben hier in Kreisen oder Kreisbogen scharf begrenzte, rot oder schmutzig gelblichrot verfärbte, mehr oder weniger schuppende Flecke, deren Ränder feinste Zacken aufweisen. Diese feinsten Zacken, der Ausdruck miliärer, eingetrockneter Bläschen, an scharfem Rande, sind für die Diagnose gegenüber dem Ekzem sehr zu beachten. Dass es beim Herpes tonsurans niemals oder nur bei artifizieller Malträtierung zum Nässen und zur Borkenbildung kommt, ist fernerhin sehr beachtenswert. Dennoch ist die Ausscheidung des auch oft scharf umschriebenen, schuppenden seborrhoischen Ekzems, wenn es sich nur als solches darstellt, von der Polymorphie nichts zu sehen ist, zuweilen keine leichte Aufgabe. Da fällt dann zunächst das Jucken sehr ins Gewicht, welches beim Herpes tonsurans stets aussergewöhnlich heftig ist, wäh-

rend von allen Ekzemformen gerade das in Frage kommende Ekzema seborrhoicum relativ am wenigsten juckt. Das Entscheidende ist natürlich die Untersuchung auf den Trichophyton tonsurans, den Urheber des Herpes tonsurans (Trichophytie). Aber das ist nicht jedermanns Sache, zumal bei diesen schuppenden Formen der Pilzbefund oft nicht leicht zu erheben ist. Auch hier gilt, wie bei allen mykotischen Leiden, der Grundsatz, dass der positive Befund alles, der negative fast nichts beweist.

In der Genitokruralgegend und in der Achselhöhle gibt das **Ekzema marginatum** diagnostische Schwierigkeiten. Diese sehr juckende Pilzaffektion kennzeichnet sich dem Ekzem gegenüber, von dem typischen Sitze abgesehen, durch die scharfen, bogenförmigen Ränder und die eigenartig dunkelgelbbraune Verfärbung. Nässen fehlt stets, jedoch kann an der Berührungsfläche von Oberschenkel und Skrotum die Haut ein intertriginöses Aussehen erhalten.

Wenn die **Psoriasis vulgaris** differentialdiagnostische Schwierigkeiten machen kann, so liegt das lediglich an der Existenz des Ekzema seborrhoicum; in der Benennung des letzteren als Ekzema psoriasiforme liegt schon die Erklärung. Man halte fest: Die Psoriasis vulgaris bevorzugt die Streckseiten, lässt fast nie Ellbogen und Knie frei. Die Effloreszenzen sind stets scharf begrenzt. Die Schuppen sind weissglänzend, silberglänzend; jedoch tritt dieses erst hervor, wenn man die obere, durch Unsauberkeiten getrübte Schuppenlage abkratzt. Die Schuppen fühlen sich trocken, nicht fettig an, haften fest untereinander und am Boden. Entfernt man sie ganz, dann tritt eine gewöhnlich, allerdings nicht immer intensiv rote, punktförmig blutende Basis hervor. Das Gesamtbild, wo es vorhanden ist, wird bei einiger scharfer Beleuchtung nur selten Zweifel obwalten lassen. Dennoch sind Zweifel zuweilen vorhanden; das beweist nichts besser, als dass U n n a keine scharfen

Grenzen zwischen Ekzema psoriasiforme und Psoriasis zieht und beides in ein Schema zwängt. Das kann ich nicht billigen. Deshalb, weil hin und wieder zwei Leiden sich so ähnlich gestalten können, dass wir mit unserem bescheidenen Wissen sie nur schwer abzugrenzen vermögen, darf man sie noch nicht identifizieren. Wie oft schwankt die Diagnose zwischen Pleuritis und Pneumonie, und doch weiss jeder, dass das nur an unserem Können, nicht an der Verwandtschaft der Leiden liegt. — Für diagnostisch schwieriger liegende Fälle möchte ich noch zwei Hilfsmittel hier streifen. Erstens fahnde man auf Initialeffloreszenzen der Psoriasis; diese kleinen, roten, papulösen Kegelchen mit einer Schuppe auf der Spitze, die sich schnell abflachen und zu kaum erhabenen, roten, schuppenbedeckten Kreisen werden, sind sehr charakteristisch. Beim Ekzema seborrhoicum kommt etwas Ähnliches nicht vor. — Zweitens möchte ich das post hoc, ergo propter hoc im Notfalle herangezogen wissen. Der Schluss ex juvantibus ist stets ein sehr bedenklicher, dessen bin ich mir voll bewusst; die Heilmittel sind oft zu vielseitig, die Selbstheilung tritt oft ohne unser Zutun, ich will sogar sagen, trotz unseres Zutuns, so wider Erwarten ein, dass man nur mit grösster Skepsis das post hoc, ergo propter hoc heranziehen möchte. Aber entbehren möchte ich deshalb dieses diagnostische Hilfsmittel doch nicht; wer es mit der nötigen Vorsicht recht skeptisch handhabt, wird auch davon Nutzen haben, und zwar nicht nur, wo es sich darum handelt, luetische Affektionen zu erkennen oder auszuschliessen, sondern beispielsweise auch in dem vorliegenden Falle. Und zwar möchte ich behaupten, dass da, wo Schwefel, Resorcin und Teer zur Heilung einer Affektion ausreichen, es sich wohl meistens um Ekzem handelt, während die Psoriasis auf diese Medikamente wenig zu reagieren pflegt. Man erzielt bei der Psoriasis, wenn sie irgend hartnäckig ist, doch meistens erst mit Chrysarobin, Pyrogallol, Eugal-

lol, Hydrargyrum praecipitatum album Heilerfolge; Schwefel, Resorcin versagen gerne, Teer wirkt wenig, ist nur ein gutes Adjuvans. Wohlverstanden ist aber nicht der umgekehrte Schluss gestattet, denn die Antipsoriatika können auch die Ekzeme heilen, nicht aber die Antiseborrhoica (Antiekzematosa) die Psoriasis. Schwindet beispielsweise eine Affektion unter Chrysarobin, dann kann es sowohl eine Psoriasis wie ein psoriasiformes Ekzem gewesen sein, tut sie es aber nach Schwefel, dann spricht die Wahrscheinlichkeit dafür, dass letztgenannte Affektion, nicht Psoriasis vorgelegen hat.

Aber, wie gesagt, alle diese Schlüsse erheischen besondere Kautelen, führen bei impulsiven Naturen leicht zu Irrtümern.

Ein Leiden, welches eventuell auch mit seborrhoischen Ekzemen verwechselt werden könnte, ist der **Lupus erythematodes,** der ja bekanntlich besonders häufig im Gesichte seinen Sitz aufschlägt und hier wiederum das Zentrum, die Nase und die benachbarten Teile der Wangen bevorzugt. Die dadurch entstehende sogenannte Schmetterlingsfigur ist an sich schon recht charakteristisch, aber nicht pathognomonisch, da auch seborrhoische Ekzeme, die dann stets mit einer Rötung (Rosacea) der kranken Haut einhergehen, ähnliche Konfigurationen erzeugen können. Dann fällt aber manches andere Symptom des Lupus erythematodes in die Wagschale. Die festhaftenden, schuppigen, lamellären Beläge, welche Zapfen in die erweiterten Follikel senden, die sehr langsame, beschwerdelose Entwickelung des Prozesses, das zentrifugale Fortschreiten bei zentraler Abheilung, vor allem aber das Zurückbleiben einer atrophisch-narbigen Haut, das sind alles Momente, die für den oft übersehenen Lupus erythematodes entscheidend in die Wagschale fallen. Daneben ist, wenn der Lupus erythematodes behaarte Stellen befällt, noch zu beachten, dass derselbe stets Haarausfall zur Folge hat; in der narbig-atrophischen Haut gehen die Wurzeln zugrunde.

Die **Impetigo contagiosa** gibt oft Veranlassung zu Verwechslung mit Ekzem, besonders beim Sitz im Gesichte. Die Pusteln trocknen gewöhnlich schnell unter Krustenbildung ein und, wenn diese Pusteln dicht gesät sind, konfluieren, dann kann ein ekzemähnliches Bild entstehen. Zur Abgrenzung beachte man zunächst, ob nicht Initialeffloreszenzen vorhanden sind, die gelben Pusteln mit der dünnen Epitheldecke, umgeben von fast ganz normaler, nicht geröteter Haut. Für die Impetigokrusten ist die gelbe Farbe sehr charakteristisch, wenn dieselbe auch oft durch anhaftende Verunreinigungen gedeckt wird. Entfernt man die Kruste, dann tritt ein geröteter, feuchtglänzender Grund hervor, der aber nicht nässt, wie das Ekzem.

Schliesslich ist der Nachweis der Kontagiosität, die Erkrankung mehrer Familienmitglieder für die Diagnose von Bedeutung.

Der Ausschluss des **Pemphigus vulgaris** macht höchstens dann Schwierigkeiten, wenn es sich um eine wenig ausgedehnte Erkrankung handelt, eine umschriebene Stelle nach Zerstörung der Blasendecke sich in nässendem Zustande uns präsentiert. In der Tat ist dann die Diagnose oft schwer zu stellen; nur die leichte Ablösbarkeit der die nässende Stelle umgebenden, scheinbar sonst intakten Epithelschicht führt uns dann auf den Weg. Es handelt sich aber um sehr seltene Vorkommnisse, an die man denken muss, wenn eine begrenzte Hautstelle nässt und allen Heilbestrebungen trotzt.

Die **Dyshidrosis** ist durch das Fehlen jeder primären entzündlichen Reizung, die Blasenbildung auf normaler Haut, den Sitz an Händen und Füssen gekennzeichnet; jedoch kann die Abgrenzung, wen die Fälle nicht ganz frisch zur Beobachtung kommen, sehr schwierig werden.

Bei der sehr malignen **Mykosis fungoides** gibt es ein Stadium, in dem die Haut ein ekzemähnliches Bild bietet. Dieselbe ist verdickt, gerötet, schuppend, stark

juckend, wie beim chronischen Ekzem; dabei fehlen noch die fungösen, knotenbildenden Tumoren, welche für die Krankheit typisch sind. Da ist denn zu beachten, dass die Infiltration eine viel derbere ist, als sie es selbst bei alten Ekzemen zu sein pflegt; es ist, als ob harte Platten in die Haut eingelegt wären. Aber immer reicht diese Differenz nicht für die Klarstellung des Falles aus, und so manche Mykosis fungoides läuft selbst Jahre als chronisches Ekzem herum, bis die Granulome zu wuchern beginnen.

Ähnlich verhält es sich mit der an der Brustwarze und deren Umgebung lokalisierten **Pagetschen Krankheit,** die ein infiltriertes, flaches Hautkarzinom darstellt, aber durchaus ekzemähnlich erscheint. Die sehr derbe, später knorpelähnliche Verdickung der Haut bildet den diagnostischen Wegweiser.

Die **Syphilide** sollten eigentlich fast nie zu Verwechslungen mit Ekzem Veranlassung geben. Ihr kupferfarbiges Aussehen, die sehr geringe Neigung zur Schuppenbildung, die Infiltration, das absolut fehlende Jucken, die — von den nicht verwechslungsfähigen breiten Kondylomen abgesehen — stete Abwesenheit des Nässens, die Neigung zu geschwürigem Zerfall, das Vorhandensein von Ulzerationen unter vorhandenen Borken, das alles kennzeichnet die luetischen Hautaffektionen so, dass man kaum in Versuchung geführt wird, fehlzugehen.

Nur noch ein Wort über die **Intertrigo** sei angeführt. Hier muss man beachten, dass mit der Diagnose „Intertrigo" noch nichts gesagt ist, da nicht nur das Ekzem, sondern auch die Psoriasis wie jedes entzündliche Hautleiden an Berührungsflächen das Bild einer Intertrigo bieten kann. Man muss deshalb die übrige Haut genau nach Effloreszenzen absuchen, die die Sachlage klären.

Ist man nun einig geworden, dass ein Ekzem vorliegt, dann hat man sich als zweite Frage vorzulegen:

Handelt es sich um ein primäres oder um ein sekundäres Ekzem? Versteckt sich hinter dem Ekzem ein anderes Hautleiden, als dessen Komplikation es anzusehen ist? Wie an anderer Stelle ausgeführt ist, handelt es sich da primär hauptsächlich um mit Jucken einhergehende Affektionen, die sekundäre Kratzekzeme bedingen. Man wird zur Klärung drei Momente herbeizuziehen haben: Erstens die Anamnese. Dieses Hilfsmittel ist am wenigsten zuverlässig. In Frage kommt es eigentlich nur, wo ein einfacher, ohne primäre Effloreszenzen einhergehender Pruritus als Grundleiden vermutet wird. Da wird die spontane, nicht hineinexaminierte Angabe, dass die unveränderte Haut zuerst längere Zeit stark juckte, und dann erst die Flechte hinzukam, einen diagnostischen Wink geben können, der mit der nötigen Vorsicht verwertet werden kann. Wichtiger ist als zweites Hilfsmittel die Durchsuchung der nicht ekzematösen Hautstellen auf Effloreszenzen, die in das Ekzembild nicht hineinpassen. Da wird beispielsweise zu fahnden sein auf eine Urticaria, sei dieselbe manifest oder latent. Auf letztere prüft man bekanntlich, indem man über die Haut fest mit dem Nagel herüberfährt und nun zusieht, ob eine Rötung mit folgender blasser Erhebung der Haut entsprechend dem Hautstrich in einigen Minuten hervortritt (Urticaria facticia). — Sehr wichtig ist ferner das Suchen nach den typischen Effloreszenzen des Lichen ruber planus: diesen flach erhabenen, gelblich-rötlichen, spurweise gedellten, oft ein minimales Schüppchen tragenden kleinen Papeln, die so sehr jucken.

Ein drittes Hilfsmittel ist die Entscheidung, ob ein primäres oder sekundäres Ekzem vorliegt, ist die Beachtung der Lokalisation des Ekzems. Das gilt besonders für die Feststellung der Skabies und der Prurigo Hebrae als primäre Leiden. Die Skabies liebt die Zwischenfingerfalten, das Handgelenk, die vorderen Achselfalten, die männlichen Genitalien, die einem Druck

ausgesetzten Stellen, lässt den ganzen Kopf vollkommen frei. Bei einer derartigen Verteilung juckender Ekzeme muss man stets an Skabies denken, wenn man dauernde Heilerfolge erzielen will. — In ähnlicher Weise ist die Lokalisation für die Diagnose der Prurigo Hebrae zu verwerten, die ja bekanntlich die Streckseiten in so hohem Masse bevorzugt, dass selbst bei schwerer Erkrankung die Gelenkbeugen glatt und ganz oder fast ganz unverändert bleiben, während das primäre Ekzem gerade im Gegenteil sich in den Gelenkbeugen festsetzt. Ausgedehnte stark juckende Ekzeme der Streckseiten, freier Kopf, dazu Anschwellung der Leistendrüsen und Achseldrüsen sollen den Gedanken an Hebrasche Prurigo wachrufen.

Soviel über die Differentialdiagnose des Ekzems. Ist diese erledigt, dann bleibt aber noch, um alles zu eruieren, was der Therapie als Basis dienen könnte, die Frage zu ergründen, welches die Ursache des Ekzems ist. Liegen innere Organerkrankungen, konstitutionelle Anomalien vor? Sind Autointoxikationen anzunehmen? Besteht eine Reizung der Haut durch qualitativ oder quantitativ veränderte Exkrete, wie Harn, Fäces, Nasensekret etc.? Ist Diabetes, Nephritis vorhanden? Oder sind rein äussere ekzematofore Ursachen, wie gewerbliche Schädigungen etc. zu beschuldigen? Da kommt der praktische Arzt zur Geltung, da hat das Wissen in der Gesamtmedizin in Funktion zu treten. Der praktische Arzt, welcher eine Ekzemdiagnose ganz ergründen will, muss etwas spezialistisches Wissen sich zu eigen machen, der Spezialist aber über die Kenntnisse des praktischen Arztes verfügen. Die Kombination erst führt zu gedeihlicher Tätigkeit.

Dr. Jessner's
Dermatologische Vorträge für Praktiker
Heft 14 u. 16 (Doppelheft).

Diagnose und Therapie

des

Ekzems

II. Teil: **Therapie.**

Von

Dr. S. Jessner,
Königsberg i. Pr.

2. Auflage.

Würzburg
Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag)
1909.

Alle Rechte vorbehalten.

Druck der Kgl. Universitätsdruckerei von H. Stürtz in Würzburg.

Die Therapie des Ekzems.

Unter allen Hautleiden stellt das Ekzem der Behandlung die allerschwersten Aufgaben, so dass man diese mit Recht als Prüfstein für die Leistungen der dermatologischen Therapie aufstellen kann. Weshalb das kommt, ist nicht leicht mit Worten zu erklären. Da spricht zunächst die leichte Verletzbarkeit, die Vulnerabilität der ekzematösen Haut mit; gegen die sonst indifferentesten Mittel verhält sie sich oft ablehnend, reagiert ganz unerwartet mit einer Verschlimmerung, wo man eine Besserung erwartete. Eine gewisse Launenhaftigkeit ist ihr eigen, der die Therapie sich schwer anpassen kann. Ein Mittel tut ihr sichtlich wohl, bessert das Leiden, wir glauben auf dem besten Wege zu sein. Da, eines Tages hört wider alles Erwarten das Fortschreiten zur Besserung auf, im Gegenteil der Prozess geht wieder zurück, wird wieder böser; ein Wechsel des anscheinend so heilbringenden Verfahrens wird nötig. Dieser temporären Intoleranz der Haut gegen ein anfangs vorzüglich vertragenes Mittel begegnet man beim Ekzem häufig; man muss sie bei Zeiten erkennen und ihr Rechnung tragen.

Ein weiteres Moment für die Schwierigkeit der antiekzematösen Therapie ist durch die Polymorphie des Ekzems gegeben. Die verschiedenen Stadien, die verschiedenen Gestaltungen verlangen natürlich verschiedene Heilverfahren; was in dem einen Stadium nützt,

versagt oder schadet gar in dem anderen. Nun sind aber die Grenzen nicht immer so scharfe; sehr oft haben wir Übergangsstadien vor uns, und da heisst es sorgsam prüfen, ob wir dem ablaufenden oder dem beginnenden Stadium uns anpassen sollen. Das gibt oft schwere Zweifel und leicht verständliche und entschuldbare, in den Augen des Patienten aber wenig Gnade findende Fehlgriffe. Eine ekzematöse Haut richtig in bezug auf ihre Reizbarkeit, auf ihre Empfindlichkeit und ihre Empfänglichkeit für die landläufigen Heilverfahren zu taxieren, dazu gehört, besonders bei den akuten Formen, ein dermatologisch geschulter Blick. Dieser ist nun nicht von jedem Arzt zu verlangen, aber soviel muss er sich aneignen, dass er beurteilen kann, wenn etwas nicht vertragen wird und zu schaden beginnt, um rechtzeitig andere Wege einzuschlagen.

Die Polymorphie der Ekzeme bringt es auch mit sich, dass bei verschiedenen Ekzemherden der eine sich in diesem, der andere in jenem Stadium befindet, dasselbe Krankheitsbild an demselben Patienten gleichzeitig sich in den differentesten Gestalten präsentiert. Jede erheischt natürlich ein anderes Heilverfahren; dass aus dieser Multiplizität der zu gleicher Zeit nötigen Medikationen sich Schwierigkeiten ergeben, ist wohl begreiflich. Das eine muss man dabei sich zur Regel machen: Wo wegen der Umständlichkeit der indizierten Massnahmen, wegen geringer Intelligenz des Patienten eine gleichzeitige verschiedene Behandlung in verschiedenen Stadien befindlicher Ekzeme nicht durchführbar erscheint, man nur ein Verfahren für alle Stellen anraten kann, da muss man dieses den reizbarsten, akutesten Ekzemstellen anpassen. Durch milde Mittel wird man die torpiden Stellen vielleicht nicht bessern, aber sicherlich nicht verschlimmern. Wohl aber kann man schaden, wenn schärfere Substanzen mit sehr reizbaren Ekzemherden in Berührung kommen. Also in dubio immer das mildere.

Eine erhebliche Schwierigkeit erwächst dem Therapeuten aus der Notwendigkeit, die fortschreitende Heilung des Ekzems regelmässig zu kontrollieren. Diese geht ja gewöhnlich so vor sich, dass ein Stadium in das andere übergeht: das vesikulöse in das nässende, das nässende in das krustenbildende, dieses in das schuppende. Natürlich muss man entsprechend der stattfindenden Rückbildung seine Therapie ändern; meistens schreitet man von milderen Heilmitteln zu schärferen vor, um schliesslich wieder zu ersteren zurückzukehren. Diesen so dringend notwendigen Wechsel der Ordinationen sehen aber die Patienten selten ein. Sie kommen mit ihrem Ekzem zum Arzt, wollen eine Salbe verschrieben haben und mit dieser auch eine endgültige Heilung erzielen. Es bedarf stets einer Aufklärung darüber, dass eine wiederholte Kontrolle, eine Änderung der Medikation nötig werden wird, will man gute Erfolge erzielen.

Diese kurzen Erörterungen zur Illustration der Schwierigkeiten, diesem polymorphen Hautleiden mit Erfolg zu Leibe zu gehen, vorausgeschickt, treten wir in die eigentliche Therapie der Ekzeme ein und betrachten zunächst die

Innere Behandlung der Ekzeme.

Jede ideale Therapie muss eine ätiologische sein. Das gilt natürlich auch vom Ekzem. Hat man eine **innere Ursache** des Leidens entdeckt, so muss man dieser in erster Reihe Rechnung tragen. Dabei darf man es mit dem Worte „entdeckt“ nicht genau nehmen; auch die Vermutung genügt. Jedem Verdachte einer Beziehung zwischen einem Ekzem und einer inneren Anomalie muss man eine Bedeutung beilegen. Das geht so weit, dass man, wo interne, krankhafte Vorgänge sich abspielen, auf alle Fälle auch diese zum Objekt der Therapie machen muss. Bei der Dunkel-

heit, die über die Verbindung zwischen anormalen Prozessen aller Art und Dermatosen herrscht, ist dieses der einzig richtige Standpunkt. Man muss deshalb, meistens zur Verwunderung der Patienten, sich genau über den Gesamtorganismus informieren und gefundene krankhafte Zustände therapeutisch berücksichtigen. Da heisst es, praktischer Arzt sein, gegen Anämie, Chlorose, Dyspepsie etc. vorgehen, kurz, die Gesundheit des ganzen Menschen ins Auge fassen. Natürlich hiesse es, die gesamte Pathologie aufrollen, wollte ich näher auf alles eingehen; das ist ausgeschlossen. Nur einige, häufiger mitsprechende ätiologische Momente inneren Ursprungs seien hier gestreift und hervorgehoben. — Von Affektionen der Atmungsorgane ist das Bronchialasthma wegen seiner eklatanten Beziehungen zum Ekzem besonders zu beachten und mit Jod etc. entsprechend zu behandeln. Allerdings soll es auch vorkommen, dass ein gewisses Vikariieren zwischen Asthma und Ekzem stattfindet, indem das Asthma sich bessert, wenn die Ekzeme sich verschlimmern und umgekehrt. In diesem Falle würde eine erfolgreiche Ekzembehandlung inbezug auf das Asthma Nachteile bringen. Das Häufigere ist es aber sicherlich, dass beide Affektionen einander parallel gehen und eine Besserung des Asthma auch eine solche des Ekzems mit sich bringt. Eine antiasthmatische Therapie wird also auch eine antiekzematöse sein.

Hervorheben will ich hier ferner die Krankheiten der Harnwege, die alle zur Ekzembildung in Beziehung stehen können. Nephritiden kommen dabei in Frage, häufiger aber Anomalien der Blase, Cystitiden. Unter diesen sind besonders zu beachten die an Prostatahypertrophie und Strikturen sich anschliessenden Harnretentionen und Harnzersetzungen. Die dabei entstehenden, toxischen Produkte führen einerseits nach erfolgter Resorption auf dem Blutwege zu Hautaffektionen, Pruritus, Urticaria, Ekzem. Andererseits ruft der zersetzte, meistens auch nachträufelnde Harn örtlich

an der Haut der Urogenitalgegend Ekzeme hervor, die von da aus auf weitere Hautbezirke übergehen.

Sehr wichtig für die Entstehung von Ekzemen sind Verdauungsstörungen aller Art. Unter diesen muss besonders hingewiesen werden auf die Enteritis der Säuglinge mit den massenhaften Entleerungen zersetzter Fäzes und die Obstipatio chronica. Durch Autointoxikation erklärt man sich den Zusammenhang zwischen diesen Verdauungsstörungen und den Ekzemen.

Beim Laien steht als ätiologisches Moment vor allem die chronische Obstipation in hohem Ansehen. Abführmittel, zu denen auch alle Blutreinigungstees, Blutreinigungspillen zählen, sind die beliebtesten Heilmittel. Ich habe von scharfen, drastischen Kuren beim Ekzem niemals etwas gesehen und rate deshalb, nur für eine Regulierung der Defäkation im Sinne einer täglichen, normalen Entleerung zu sorgen. Das allerdings muss stets geschehen. Diätetische Massnahmen sind dabei die Hauptsache: Abwechslungsreiche Kost, viel Kohlehydrate, Gemüse und Hülsenfrüchte, Obst in allen Formen, grobes Brot, viel Butter, dicke Milch, Buttermilch etc., wobei jeder Patient an sich durch genaue Beobachtung feststellen muss, welche Nahrungsform bei ihm fördernd auf die Darmtätigkeit wirkt. Individuelle Eigentümlichkeiten spielen dabei viel mit. Zur Diätetik gehört auch die Erziehung des Darmes zu regelmässiger Tätigkeit dadurch, dass man stets zu derselben Zeit die Defäkation verrichtet resp. zu verrichten sucht. — Von Abführmitteln sind nur die mildesten, wie Rhabarber, Brustpulver, Fol. Sennae, Tamarindenkonserven, Cascara Sagrada, Schwefel etc. zu empfehlen. Ich ziehe Schwefel besonders vor und gebe gerne folgende Formeln:

Flor. sulf. 50,0
Ol. Citr. gtt. V
DS. 3 × tgl. 1 Messerspitze bis zum halben Teelöffel.

Flor. sulf.
Fol. Senn. pulv. āā 25,0
Ol. Menth. gtt. V
DS. 3 × tgl. 1 Messerspitze bis zum halben Teelöffel.

Niemals darf man aber längere Zeit dasselbe Abführmittel gebrauchen; man muss abwechseln.

Auf die Bedeutung der physikalischen Heilmethoden, der Massage, der Faradisation, der Hydrotherapie, der Halbbäder, wie auf die Anwendung von Wasserklysmen, von Öleingiessungen kann ich ausführlich hier nicht eingehen. Es muss schon genügen, wenn ich auf den grossen Wert aller dieser Prozeduren für die Therapie der chronischen Obstipation hinweise.

Die Leiden des Blutgefässsystems sind insoweit für die Behandlung der Ekzeme besonders zu beachten, als sie zu Stauungen führen. Unter den Stauungsdermatosen spielt ja das Ekzem die Hauptrolle, wie die Phlebektasien der unteren Extremitäten mit ihren Folgezuständen beweisen. Man muss deshalb die Ursache der Stauung hinwegräumen. Wo das nicht möglich ist, muss man die Stauung durch Druck in Schach halten. Diese, besonders für die Unterschenkelekzeme hochwichtige Regel wird leider noch lange nicht genug beachtet; alltäglich sieht man es, dass die Heilung derselben trotz der schönsten Salben etc. nicht von der Stelle geht, weil die Anlegung eines Druckverbandes verabsäumt ist.

Von den Diathesen ist einem vorhandenen Diabetes durch entsprechende Massnahmen Rechnung zu tragen; die Urinuntersuchung ist nie zu verabsäumen. Ebenso wird die Arthritis Berücksichtigung finden müssen, wenn auch ihre ätiologische Bedeutung für die Entstehung der Ekzeme keine grosse ist. — Hingegen spielt im Kindesalter die Skrofulose eine sehr grosse Rolle und muss stets durch Diätetik, Bäder, Lebertran, Jod etc. energisch bekämpft werden, selbst wenn die Ekzeme keinen ausgesprochen skrofulösen Charakter haben.

Die Beziehungen der Ekzeme zu Nervenleiden sind ja in Dunkel gehüllt; nichtsdestoweniger wird man als Praktiker ihrer eingedenk sein und jede Anomalie

des Nervensystems beachten. Vergessen darf man daher auch nicht, dass die Hysterie hin und wieder die Urheberin artifizieller Ekzeme bildet. Die krankhafte Sucht, auf sich die Aufmerksamkeit zu lenken, kann auch dazu führen.

Nun genug von dieser notdürftigen Skizze! Wenden wir uns der Frage zu: Gibt es ein diätetisches Heilverfahren, das direkt antiekzematös wirkt? Diese Frage muss verneint werden. Die Vegetarianer behaupten ja immer wieder den günstigen Einfluss vegetarischer Diät, aber bewiesen ist das keineswegs. Nur soviel will ich zugeben, dass reichlicher Fleischgenuss ebenso wie die Zufuhr von Getränken, welche auf den Blutkreislauf einen Reiz ausüben, die Ekzeme verschlimmern können, und zwar hauptsächlich dadurch, dass das Jucken gesteigert wird. Dieses führt zum Kratzen und dadurch zur Verschlechterung des Krankheitszustandes, zur Disseminierung des Prozesses. Eine Ekzemheilung lediglich durch vegetarische Diät zu erzielen, dürfte schwer gelingen. Nichtsdestoweniger wird man wegen der genannten Wirkungen die Fleischkost einschränken, Alkoholika, Kaffee, Tee verbieten. Von grossem Wert ist ferner die Einschränkung des Salzgenusses. Im Übrigen muss man examinieren und festzustellen suchen, in welcher Richtung diätetisch gefehlt wird, um in dem einen Falle in dieser, in dem anderen Falle in jener Richtung regulierend einzugreifen.

Ein strengeres, diätetisches Regime erheischen meistens die Säuglingsekzeme. Es handelt sich gewöhnlich um wohlgenährte, abgerundete, recht gesund aussehende Kinder, bei denen Ekzeme seborrhoischen Charakters, vom Kopfe ausgehend, sich über den ganzen Körper verbreiten. Hier liegt oft eine Überernährung vor. Man wird deshalb seltenere Mahlzeiten geben lassen, vor allem auf strikte Durchführung des Prinzipes zu achten haben, dass in der Nacht die Kinder durch 6—8

Stunden absolut keine Nahrung erhalten. Wird das Kind künstlich ernährt, dann ist eine stärkere Verdünnung, eventuell auch ein Wechsel der Milch zu versuchen. Umgekehrt muss man bei elenden Kindern für die Besserung der zugeführten Nahrung sorgen, mehr Milch und bessere Milch verabreichen lassen. Man kommt so der Vis medicatrix naturae zu Hilfe, sieht Heilerfolge von den externen Mitteln, an deren Wirksamkeit man vor Regulierung der Diät vergeblich appelliert hat. Von innen und aussen muss auch der Dermatologe die Geschütze auf den Feind richten.

Mit inneren Heilmitteln, die direkt antiekzematös wirken, ist es insofern nicht ganz ungünstig bestellt, als wir doch in dem Arsenik ein Mittel haben, von dem wir bei aller Skepsis sagen können, dass es eine direkte Heilwirkung auf Ekzeme zu entfalten vermag. Es tut es in dem einen Falle mehr, in dem anderen weniger, aber eine Beeinflussung ist nicht zu verkennen. Man muss nur nicht eine stürmische Wirkung erwarten; wer das tut, wird leicht enttäuscht sein. Frühestens kann man nach mehrwöchentlicher Medikation auf einen beginnenden Erfolg rechnen; darin liegt ja natürlich schon, dass Arsen mehr bei den chronischen Formen indiziert ist. In solchen soll man aber auch nie verabsäumen, es zu ordinieren, und zwar gibt man Arsen per os oder subkutan. — Per os ist am meisten die Pillenform zu empfehlen, wobei man für Erwachsene pro die 0,01—0,02 (!) Acid. arsenicosum gibt:

Acid. arsenic. 0,25—0,5
Pulv. et succ. Liq. q. s. ut. f. pilul. No. 100
DS. 3 × tgl. eine Pille nach dem Essen.

Der beliebte Zusatz von Piper nigrum ist eher schädlich als nützlich. Man fängt mit den schwächeren Pillen an und steigt allmählich zu den stärkeren, oder man variiert die Menge durch die Zahl der verabreichten Pillen. Von grösster Wichtigkeit ist es, dass Arsenik

nur bei vollem Magen eingenommen wird; dann wird es fast ausnahmslos vertragen.

Die vielbeliebte Sol. arsenicalis Fowleri empfehle ich weniger, da die Dosierung bei den Tropfen eine unsicherere ist, und dieses Präparat schlechter vertragen wird als die Pillen. Nur bei Kindern, die Pillen nicht schlucken können, — wenn Erwachsene behaupten, Pillen nicht herunterzubekommen, dann ist das eine eingeredete Sache —, muss man die Solutio arsenicalis Fowleri geben, in einer Menge von 1—5 Tropfen pro dosi, während Erwachsene 5—15 Tropfen erhalten. Auch hier wird mit der Dosis allmählich gestiegen. — Im übrigen scheue man sich nicht, mit Ekzemen behafteten Kindern Arsen zu geben. Es tut gute Dienste und hat bei dem nötigen sorgsamen Vorgehen fast nie unangenehme Nebenwirkungen, wenn man nur beachtet, dass die Tropfen in starker Verdünnung in den vollen Magen kommen. Man muss sie stets in ein Glas Wasser träufeln lassen. — Die Notwendigkeit stark zu verdünnen, liegt auch vor, wenn man ein arsenhaltiges Wasser nehmen lässt, wie Roncegno, Levico, Guberquelle, die an sich sehr zu empfehlen sind. Man gibt Kindern 20 Tropfen bis einen ganzen Teelöffel, Erwachsenen einen halben bis ganzen Esslöffel in einem Glase Wasser nach dem Essen.

Nur die Quelle Val Sinestra enthält Arsen in solcher Verdünnung, dass man sie rein trinken kann.

Die subkutane Verabreichung von Arsenik ist sehr wirksam, viel wirksamer als die Verabreichung per os. Natürlich ist sie umständlicher, da der Patient ja regelmässig den Arzt aufsuchen muss. Für die klinische Behandlung ist sie sicherlich die beste. — Man benutzte früher zu den Injektionen die verdünnte Fowlersche Lösung oder eine 1 %ige Lösung von Natr. arsenicosum. Das neue Arsenpräparat Atoxyl hat die alten Präparate für die subkutane Behandlung jetzt verdrängt. Es wird vorzüglich vertragen, verursacht keiner-

lei Entzündungserscheinungen in loco injectionis, ist sehr wenig schmerzhaft und wirkt gut.

Man benutzt folgende Lösung:

Atoxyl 2,0
Aq. destill. 10,0
DS. Zur Injektion.

Von $^1/_4$ Spritze steigt man in täglichen Injektionen schnell auf eine ganze. Man kann auch nach einer kleineren Probeinjektion sofort eine ganze Spritze geben, wenn man nicht täglich, sondern nur jeden dritten bis vierten Tag injiziert. Am geeignetesten für die Einspritzungen, die intramuskulär gemacht werden, sind die oberen Gesässteile. — Erwähnt sei nur die intravenöse Arsenbehandlung; für den Praktiker eignet sich dieselbe nicht und auch für den Kliniker ist sie wohl entbehrlich.

Die Arsentherapie kann ich nicht verlassen, ohne die Aufmerksamkeit auf die Nebenwirkungen dieses differenten Heilmittels zu lenken, die man natürlich kennen muss. Das sind die mit Durchfällen einhergehenden Enteritiden, die Arsenlähmungen, vorzugsweise die Extensoren betreffend, und die Arsendermatosen. Unter diesen hat die Arsenmelanose die grösste Bedeutung. Es sind dunkle, durch Pigmentablagerungen erzeugte, oft sehr zahlreiche Verfärbungen, welche der Haut ein negerartiges Aussehen geben. Das Auftreten dieser sehr hartnäckigen Flecke ist eine strenge Indikation für das Aussetzen der Arsenbehandlung. — Hervorzuheben sind maligne Augenaffektionen, Opticusatrophie, nach Atoxylbehandlung. — Weniger wichtig, wenn auch sehr interessant, sind der nach Arsen auftretende Herpes Zoster und eigenartige Hyperkeratosen in Handfläche und Fusssohlen.

Neben dem Arsen ist eigentlich nur noch der Schwefel als internes Antiekzematosum zu erwähnen, ohne dass letzteres dem ersteren an Bedeutung irgendwie gleichwertig wäre. Besonders die auf die äussere

Schwefelapplikation fast stets so vorzüglich reagierenden seborrhoischen Ekzeme erfordern bei grösserer Ausbreitung auch die innere Darreichung. Das einfachste und billigste ist die Ordination von Sulfur praecipitatum (Flores sulfuris) mit oder ohne Folia Sennae nach den oben angeführten Formeln, unter Kontrolle der Wirkung auf die Defäkation. — Eine Schwefelmedikation stellt auch die Ichthyolverordnung dar, die bei seborrhoischen Ekzemen, — besonders bei solchen des Gesichtes, die mit starker Hyperämie einhergehen —, am Platze sind. Am besten sind die Ichthyolkapseln und Ichthyolpillen.

Ichthyol 0,3—0,5
d. t. dos Nr. 30 in caps. gelat.
DS. 3 × tgl. 1 Kapsel nach dem Essen.

Ichthyol 9,0
Pulv. et succ. Liquir. q. s. ut f. pilul. No. 60
DS. 3 × tgl. 2—4 Pillen nach dem Essen.

Billiger ist das Einnehmen der Ichthyollösung, jedoch ist der Geschmack den meisten Patienten sehr widerlich. Man lässt die Tropfen mit $^1/_2$ Glas Wasser, Kaffee oder Bier herunterschlucken.

Ichthyol 10,0
Aq. destillat. 20,0
DS. 3 × tgl. 20—40 Tropfen, stark verdünnt, nach dem Essen.

Das in der ersten Zeit nach dem Einnehmen von Ichthyol sich oft einstellende, unangenehme Aufstossen gibt sich bald wieder. Die Wirkung auf die Verdauungsvorgänge ist fast stets eine ausgezeichnete, wie auch die Konstitution blutarmer, nervöser Menschen sich unter Ichthyolgebrauch zu bessern pflegt.

Der relativ einfachen internen Ekzembehandlung gegenüber stellt die

Äussere Behandlung der Ekzeme

ein ausserordentlich kompliziertes Gebiet dar, in dem die Orientierung gar schwer ist. Versuchen wir es! — Ätiologische Indikationen für die äussere

Therapie der Ekzeme gibt es gar viele, da ja die Ursachen auch meistens äussere sind. Die ganze Prophylaxe der Ekzeme spielt sich ja hier ab. Allgemeine Regeln sind da schwer zu geben, da wir hier ja fast immer mit individuellen Eigentümlichkeiten zu rechnen haben, die sich in kein Schema fassen lassen. Da heisst es Umschau halten, um die betreffende Noxe zu eruieren und auszuschalten. Alle beruflichen Beeinflussungen, alle zufälligen Einwirkungen mechanischer, physikalischer, chemischer, parasitärer Natur wird man ins Auge fassen, um einen Ausgangspunkt für die ätiologische Therapie und die Prophylaxe zu gewinnen. Wo es gelingt, und wo der Patient in der Lage ist, der Schädlichkeit dauernd aus dem Wege zu gehen, da ist das Spiel gewonnen. Aber leider macht einerseits die Forschung nach äusseren Ursachen oft Fiasko, kann andererseits der Patient sehr oft die ergründete Noxe nicht von sich fernhalten. So mancher Arzt selbst gibt hierfür ein bemitleidenswertes Beispiel; er weiss sehr wohl, dass seine Hände Karbol, Sublimat, Jodoform nicht vertragen, gleichwohl muss er hin und wieder damit hantieren und es durch lästige Ekzeme büssen. Das sind Berufsfreuden. An das Suchen nach äusseren Schädlichkeiten reiht sich auch die Frage, ob primäre oder sekundäre Ekzeme vorliegen, d. h. ob die Ekzeme die Initialdermatose bilden, oder ob sie erst auf dem Boden anderer Dermatosen, wie Ichthyosis, Pruritus, Prurigo Hebrae, Skabies und anderer meistens lebhaftes Jucken bedingender Hautleiden entstanden sind. Hier wird oft die direkte Inangriffnahme des primären Hautleidens notwendig, um die Ekzeme zu beseitigen. Zuweilen muss allerdings die Therapie andere Wege einschlagen, zunächst die Ekzeme als solche zu heben suchen, um die Haut erst der Behandlung des primären Leidens zugänglich zu machen. Hat beispielsweise eine Prurigo oder eine Skabies durch lebhaftes Kratzen zu stark nässenden oder impetiginösen Ekzemen geführt, dann muss man oft erst die Haut

trocken legen, die eiterhaltigen Effloreszenzen beseitigen, um antipruriginöse oder antiskabiöse Mittel applizieren zu können.

Wenden wir uns nun der von der Ursache unabhängigen äusseren Ekzembehandlung zu, so müssen wir zunächst die

Allgemeine äussere Therapie des Ekzems

betrachten. Leiten wir dieselbe mit einigen Grundregeln ein, welche sich aus der Eigenart der Ekzeme ergeben!

Jedes Ekzem bedarf einer methodischen, dem jeweilig wechselnden Zustande der Haut angepassten Behandlung. Da das Ekzem stets in mehr oder weniger ausgesprochener Weise bis zur Heilung viele Stadien durchzumachen hat, jedes Stadium aber seine besonderen Anforderungen an die Therapie stellt, so folgt daraus, wie schon einleitend erwähnt, dass man mit einer Verordnung selten die ganze Behandlung bis zur Heilung wird durchführen können. Kommt also, wie oben erwähnt, ein Patient und will, wie oft, gegen sein Ekzem eine Salbe haben, dann weise man ihn darauf hin, dass das nicht so einfach ist und mehrere Medikationen wohl nötig werden dürften. So beugt man der Ungeduld vor und ebnet sich den Weg zu gutem Erfolge.

Der relativ oft nötig werdende Wechsel des Heilmittels resp. Heilverfahrens bedingt eine zweite Grundregel: Man verschreibe möglichst kleine Mengen der Heilmittel, natürlich entsprechend der Ausdehnung der Affektion. Bei geringem Umfange ist es meistens genügend, 10 g Salbe zu verschreiben. Es ist eine verständliche Schwäche der Patienten und auch des Arztes, dass man sich nicht leicht dazu entschliesst, noch volle Salbentöpfe beiseite zu setzen, und deshalb dasselbe Heilmittel länger braucht, als es

gut ist. Man halte diese Bemerkung nicht für überflüssig; die Erfahrung lehrt ihre Notwendigkeit. — Natürlich darf man nie verabsäumen, den Patienten dahin zu informieren, dass er beim Eintreten unerwarteter Verschlimmerung sofort sich wieder vorstellt, ohne den Verbrauch der Salbe abzuwarten.

Wo gleichzeitig an verschiedenen Hautstellen verschiedene Stadien des Ekzems vorliegen, scheue man sich nicht, gleichzeitig verschiedene Heilmittel anzuordnen. Da gibt es kein Schema, da muss jeder Krankheitsherd für sich betrachtet und beachtet werden. Will man nicht vielerlei verschreiben, fürchtet man, dass der Patient Konfusion machen könnte — und man tut, will man nicht Enttäuschungen erleben, für alle Fälle gut, einen niedrigeren Grad von Intelligenz vorauszusetzen, — dann passt man, wie oben schon angeführt, die Behandlung der reizbarsten Hautstelle an. Damit wird man vielleicht den weniger empfindlichen nichts nützen, aber auch nicht schaden, — und das ist bekanntlich unser oberstes Gesetz.

Eine häufige persönliche Vorstellung des ekzematösen Patienten ist fast stets notwendig. Das ist die einfache Folge der obigen Betrachtungen. Man bestelle den Patienten je nach der Akuität des Prozesses nach einem Tage bis zu einer Woche wieder, weise ihn aber ernst an, früher zu kommen, sobald sich in irgend einer Richtung eine auffällige Veränderung des Zustandes bemerkbar macht. Schwere, zumal akute Prozesse behandle man, wo es irgend durchführbar, persönlich jeden Tag. Wie der Chirurg nur ausnahmsweise den Verbandwechsel dem Patienten überlässt, so sollte bei komplizierten Fällen auch der Dermatologe alle Manipulationen selbst vornehmen.

Endlich noch die Grundregel: Man denke stets daran, dass individuelle Eigentümlich-

keiten gerade bei Ekzematösen unendlich häufig sind. Wo die Reaktion auf eine Medikation nicht in erwarteter Weise erfolgt, wundere man sich nicht und halte auch nicht eigensinnig an derselben fest. Idiosynkrasien lassen sich nicht zwingen, man muss ihnen Rechnung tragen; eine Idiosynkrasie ist eine force majeur.

Kommen wir zur eigentlichen allgemeinen Therapie des Ekzems, so handelt es sich zunächst darum: wie reinigt man eine Ekzemhaut? Das sonst gebräuchlichste Reinigungsmittel, das Wasser, gilt beim Ekzem von jeher als etwas Unzuträgliches. Wenn auch die Dermatologen jetzt vielfach weniger wasserscheu beim Ekzem geworden sind, so kann man doch die Berechtigung der uralten Abneigung gegen das Wasser nicht in Abrede stellen. Die an sich zur exsudativen Abhebung neigende Hornschicht wird durch das aufweichende, aufquellende Wasser geschädigt; Wasser ist eben ein Keratolytikum, und Keratolytika sind beim Ekzem um so mehr kontraindiziert, je akuter dasselbe ist. Also reines Wasser ist beim akuten Ekzem, — und diese Form ist der eigentliche Typus des Leidens —, wenig zur Reinigung zu empfehlen, es sei denn, dass es adstringierende, der Hornschicht wohltuende Zusätze hat, wie Alumen aceticum, Acid. boric., Plumbum aceticum, Resorcin in sehr dünner Konzentration. Mit diesen Lösungen, 1—2 % Liq. Alum. acet., 3 % Aqua boric., Aqua plumbi, ½—1 % Solutio Resorcin. kann man ohne Schaden auch fast alle Ekzemhäute reinigen. Am besten ist wohl eine Mischung der beiden erstgenannten Flüssigkeiten.

Die wenig zuträgliche Eigenschaft des reinen Wassers bedingt es auch, dass einfache Bäder beim Ekzem, zumal beim vesikulösen, nässenden, krustösen nur mit äusserster Vorsicht anwendbar sind. Will man sie versuchen — und das ist besonders bei Säuglingen

auf die Dauer oft nicht zu vermeiden —, dann setze man die oben genannten Heilmittel zu und trockne — sanft tupfend — nach dem Bade die Haut auf das sorgsamste. Je torpider der Prozess, je reizbarer, schuppiger, infiltrierter die Haut, um so weniger braucht man Wasserbäder zu fürchten; meistens macht man da entsprechende Zusätze, wie Kleie, Schwefel, Teer, Seife.

Willkommen ist die erweichende Eigenschaft des reinen Wassers nur bei starker Krustenbildung, wenn es gilt, die Haut von ihren Auflagerungen zu befreien. Man macht dann einen sog. Dunstverband, indem man eine feuchte Kompresse mit undurchlässigen Stoffen deckt. Aber auch hier ist die Aufgabe des Wassers meistens erfüllt, sobald die Auflagerungen erweicht, entfernt sind, die kranke Haut blossgelegt ist.

Das neben dem Wasser häufigste Hilfsmittel zur Reinigung ist die Seife. Dieses entfettende und die Hornschicht so stark aufweichende und ablösende Heilmittel spielt beim akuten Ekzem die denkbar bescheidenste Rolle. Am besten ist es, sie hier ganz zu verbannen. Der erfahrene Dermatologe wird ja hin und wieder auch in solchen Fällen von der Seife Gebrauch machen; dem weniger erfahrenen Praktiker kann man nur zu alleräusserster Vorsicht raten. So manches in Heilung begriffene Ekzem wird durch eine Seifenwaschung zu neuem Leben entfacht. Es ist eben ausserordentlich schwer, den Zeitpunkt zu bestimmen, in dem die Anwendung der Seife ohne Gefahr einer Verschlimmerung gestattet werden kann. Deshalb schiebe man dieselbe möglichst lange hinaus und lasse sich nicht durch den übermässigen Reinigungsdrang zu voreiliger Seifenanwendung bewegen.

In jedem Falle achte man darauf, dass anfangs nur neutrale, überfettete Seifen aus guten Fabriken benutzt werden. Die Mitinseife, die Präparate nach Unna und Eichhoff, die Wolfsche Palmitinseife, die Albumosenseife, die zentrifugierten Seifen sind

zu empfehlen. Die teueren Seifen sind nicht die besten, denn meistens richtet sich der Preis weniger nach der chemischen Reinheit als nach der Kostbarkeit des Parfums.

Eine auch bei akuten, nässenden Ekzemen oft auffallend gut vertragene Seife ist die Keraminseife, ein Perubalsam, Nelkenöl, Talkum enthaltendes Präparat. Sie reizt selten, trocknet gut. Jedenfalls ist ihre Anwendung eine weniger bedenkliche.

Je mehr das Ekzem einen chronischen Charakter gewinnt, um so weiter wird das Arbeitsgebiet der Seife. Infiltrierte, schuppende Formen müssen sogar energisch mit Seife und Wasser bearbeitet werden. Hier sind auch scharfe, alkalische Seifen am Platze, als deren bester Repräsentant Sapo kalinus zu bezeichnen ist. — Auch eine spirituöse Seifenlösung, etwa nach folgender Form, fördert die Reinigung ausgezeichnet:

Sapon. kalin. 130,0
Spirit. colon. 20,0
Spiritus 50,0
DS. Ausserlich.

Womit reinigt man nun aber bei akuten Ekzemen die Haut? Zwei Gruppen von Reinigungsmitteln kommen da in Frage, erstens Benzin, Spiritus, Äther, zweitens Fette. Aus der ersten Gruppe halte ich das Benzin für das beste und unschädlichste. Es reinigt vorzüglich, brennt höchstens bei exkoriierter Haut — und auch da nur spurweise, und reizt so gut wie nie. Ich benutze das Benzin zu diesem Zwecke schon viele Jahre und besinne mich nicht, irgendwo Schädigungen davon gesehen zu haben. Man befeuchtet etwas Watte mit Benzin (Feuergefährlichkeit nicht zu vergessen!) und wischt die Haut damit ab. Anhaftender Schmutz, Salbenreste sind so leicht zu entfernen.

Äther verdient seine Beliebtheit gar nicht; er ist teuerer, ruft lebhaftes Brennen hervor und reizt zuweilen. Alkohol wäre schon vorzuziehen, ist aber besser durch das fettlösende Benzin zu ersetzen. —

Von Fetten sind als Hautreinigungsmittel in erster Reihe die Öle sehr viel verwendet, und das mit Recht. Mit Öl und Watte kann man die empfindliche Haut reinigen, ohne sie zu reizen und ohne sie zu lädieren. Nur ist zweierlei dabei zu beachten: Erstens müssen die Öle rein, unzersetzt sein, da die beim Ranzigwerden sich bildenden Fettsäuren reizen. Man muss deshalb möglichst frisches Öl benutzen, die Patienten ermahnen, sich solches häufiger in kleinen Mengen zu besorgen. Haben sie erst eine grössere Quantität vorrätig, dann wird sie benutzt, auch wenn sie zehnmal schlecht geworden ist. Sesamöl, Lebertran und süsses Mandelöl sind vorzuziehen. — Zweitens besteht gerade gegen Fett bei Ekzematösen gar nicht selten eine besondere Empfindlichkeit, so dass jede Applikation eine Verschlimmerung bringt. Dieses gilt in noch höherem Masse von den salbenartigen Fetten, die nicht selten alle von der Haut abgelehnt werden. Wo dieses nicht der Fall ist, da ist die Reinigung mit Mitinum purum oder Mitinum cosmeticum (Mitincrême) ausgezeichnet. Man reibt die Haut sanft mit Watte und diesen Präparaten ab, welche das früher dazu gebrauchte Ung. leniens an Güte weit überragen.

Das sehr populäre Glyzerin ist rein und für akute Fälle nicht zu empfehlen. Bei subakutem und chronischem Ekzem kann es in verdünnter Form (20—50 %) als Reinigungsmittel benutzt werden.

Die streng wissenschaftliche Reinigung der Haut, die Desinfektion, ist mittelst der üblichen Antiseptika fast nie zu bewirken und auch fast nie nötig. Man gewöhne sich ein- für allemal an das Prinzip, alle starken Antiseptika bei akuten und auch bei chronischen Ekzemen als verpönt zu betrachten. Karbolsäure, Sublimat, Lysol und alle ähnlichen Zwecken dienenden Antiseptika, sie haben auf der ekzematösen Haut nichts zu suchen. Diese Mahnung gilt besonders für die selbst so viel an Ekzemen — meist Handekzemen — leidenden

Ärzte; sie wird leider wenig befolgt, aber die Missachtung derselben straft sich bitter. Von antiseptischen Präparaten sind nur das Liq. Alum. acet. und Aqua borica, zuweilen Kreolin beim Ekzem anwendbar; — alle übrigen sind strengstens zu verbannen. Man kann sie auch sehr gut entbehren. Die Reinigung der Haut mit Benzin und Alkohol, eventuell mit genannten schwachen Desinfizientien — zumal in Gestalt von Dunstverbänden — genügen stets für die praktischen Zwecke. Steril lässt sich eine Ekzemhaut kaum machen; die Praxis erheischt auch keine Sterilität. Die parasitäre Entstehung des Ekzem steht an sich noch auf schwachen Füssen; die therapeutischen Erfolge mit energisch desinfizierenden Mitteln sind jedenfalls nicht geeignet, sie zu stützen. Im Gegenteil! —

Nächst der Reinigung ist der Schutz der Haut gegen äussere Schädlichkeiten eine wichtige therapeutische Indikation. Natura curat, — wir haben oft, und das ganz besonders beim Ekzem, nur die Aufgabe, dafür zu sorgen, dass ihr nichts in den Weg kommt, ihre Heiltätigkeit behindert. Dieser Gesichtspunkt wird nur allzu oft ausser Acht gelassen. Ein akutes Ekzem ist meistens ein zyklisch ablaufender Prozess; energisches Eingreifen, Polypragmasie sind sehr oft unangebracht. Wir brauchen nur die Natur zu unterstützen, der Haut Reizungen fernzuhalten.

Man muss zunächst die Haut gegen Luft, Licht, scheuernde Kleidungsstücke, mechanische Läsionen aller Art schützen. Das kann zuweilen allein durch Salben, Pasten, Puder geschehen. Vorzuziehen ist, wo es irgend angeht, ein fester Verband. Was man zu demselben benutzt und nicht benutzt, das werden wir ja noch später zu erörtern haben, an dieser Stelle sei nur die Wohltat eines festen Verbandes als Schutzmittel für die ekzematöse, stets sehr empfindliche Haut hervorgehoben.

Sehr wesentlich ist der Verbandschutz besonders auch dann, wenn starkes Jucken besteht. Der beste Ekzemförderer ist der kratzende Finger. Wenn der

Kranke sich nicht beherrschen kann, — und von den armen, instinktiv die juckende Haut direkt zerreissenden kleinen Kinderchen ist diese Beherrschung nicht zu verlangen —, da muss man gegen das Kratzen strenge Massnahmen treffen, denn dieses verschlimmert und verbreitet das Ekzem und führt vor allem sehr leicht zu einer sekundären dem Bilde des Ekzems a priori fernliegenden Kokkeninfektion. Impetiginöse Prozesse, Pyodermitiden, wie Furunkel, Follikulitiden, — sie sind fast stets Komplikationen, die durch Kratzen erzeugt sind. — Die beste Verhütung dieser Schädigung ist natürlich eine juckstillende Therapie, aber das ist oft leichter gesagt als getan. Jedenfalls kann man nicht abwarten, bis diese ihr Ziel erreicht hat und muss die Haut prophylaktisch gegen das Kratzen schützen. Ein fest abschliessender Verband ist natürlich das rationellste Verfahren. Wo derselbe nicht applizierbar ist, sei es dass die Örtlichkeit es nicht gestattet, sei es dass die Ausdehnung der Affektion hinderlich ist, sucht man bei Erwachsenen durch energisches Zureden, durch Kürzung der Nägel das Kratzen zu verhüten. Kindern bindet man zur Nacht die Hände fest, oder man packt die Hände in einen dicken Watteverband, oder man zieht ihnen Jäckchen mit überlangen Ärmeln an, welche man vorne zubindet.

Zur Not kann man bei Gesichtsekzemen auch das Kratzen verhüten, wenn man rechtwinkelige Schienen an den Ellbogen befestigt. All dieses zählt zu den wichtigsten therapeutischen Massnahmen.

Besonders zu beachten ist auch die gründliche abendliche Reinigung der Hände, besonders der Nägel, um sie von allen Ansteckungsstoffen möglichst zu befreien, welche beim Kratzen der so leicht verletzlichen ekzematösen Haut eingeimpft werden könnten.

Nicht näher will ich darauf eingehen, dass differente Heilmittel, unpassende Salben und Pflaster, welche die Haut reizen, beim Beginne der Behandlung in erster

Reihe entfernt werden müssen, dass man jeder Therapie eine zweckentsprechende, sachgemäss nach den oben ausgeführten Grundsätzen ausgeführte Reinigung vorauszuschicken hat. Gar oft heilt das Ekzem, wenn man nur die vom Patienten aus eigener Initiative applizierten, ungeeigneten Heilmittel entfernt.

Von allergrösster Wichtigkeit ist gerade beim Ekzem die

Applikationsweise der Heilmittel.

Dasselbe Medikament kann verschiedene Wirkung entfalten je nach der Form, in der man es der Haut zuführt. Durch richtige Auswahl kann man den Effekt regeln, den schlechten in einen guten, den starken in einen schwachen verwandeln und umgekehrt. Deshalb erheischt die Erörterung der allgemeinen, therapeutischen Gesichtspunkte dringend, die Bedeutung der verschiedenen Applikationsweisen für die Ekzembehandlung zu beleuchten.

Wässerige Lösungen von Heilmitteln sind bei akuten Ekzemen von Nutzen; wie schon erwähnt, sind Liquor Alum. acet. (1—2 %), Sol. acid. boric. (3 %), Aq. plumbi, Solutio Resorcin. (½—1 %) viel im Gebrauch; sie wirken entzündungswidrig, kühlen, vermindern die Exsudation und werden meistens gut vertragen. Man lässt entweder mehrmals täglich 1—2 Stunden häufig gewechselte Umschläge mit der Lösung machen, oder man appliziert sie in weniger akuten Fällen als Dunstverband, der alle 2—3 Stunden erneuert wird.

Alkoholische und ätherische Lösungen von Heilmitteln sind nur in chronischen Fällen anzuwenden. Hauptsächlich ist es der Teer, welcher in dieser Gestalt appliziert wird.

Puder, das sind indifferente, austrocknende Pulver, wie Talkum, Zinkoxyd, Amylum, Magnesia car-

bon., werden sehr oft als Sekret aufsaugender Hautschutz bei Ekzem — zumal beim nässenden Ekzem — ordiniert. Sie wirken oft ausgezeichnet, aber die Alleinherrscher, wie sie es früher beim Ekzema madidum gewesen sind, sind sie nicht mehr. Es kommt doch zu oft vor, dass man mit ihnen nicht zum Ziele kommt. — Übrigens ist es mir manchmal zweifelhaft geworden, ob Zinkoxyd ganz indifferent ist. — Bei allen Puderanwendungen auf sezernierender Haut achte man ja darauf, dass es nicht zu zu starker Borkenbildung mit dadurch entstehender Sekretretention kommt. Diese kann nicht nur Verschlimmerung des Ekzems, sondern auch Lymphangitis, Lymphadenitis zur Folge haben. Da gilt es also aufzupassen, um nicht zu schaden. An stark behaarten Stellen, wo es zu einer Verfilzung und Borkenbildung natürlich besonders leicht kommt, wird man von Puderanwendung stets absehen.

Eine noch zu wenig beachtete Applikationsweise ist die Mischung von Pulvern mit wässerigen Flüssigkeiten, die Schüttelmischungen. Ein Paradigma ist:

Zinc. oxyd.
Talc. venet. āā 20,0
Glycerin. puriss. 10,0
Aq. plumbi 50,0
DS. Äusserlich.

Es kommt etwa 30—40 % Pulver auf 70—60 % Flüssigkeit. Vor dem Auftragen schüttelt man die Mischung tüchtig durch; die aufgepinselte Flüssigkeit verdunstet schnell, wobei ein angenehm kühlendes Gefühl entsteht; das Pulver bleibt als die Haut überziehende Schicht auf ihr liegen und haftet sehr fest, fester als beim einfachen Aufpudern. Bei akut entzündlichen Ekzemformen sind diese Schüttelmischungen ausgezeichnet, besonders in den nicht seltenen Fällen, in welchen Salben nicht vertragen werden.

Wir kommen nun zu der verbreitetsten Applikationsweise, den Salben, d. h. den mit Medikamenten vermengten Fetten. So bequem sonst die Anwendung von

Salben sein mag, so hat sie doch auch ihre Nachteile, und diese treten gerade bei Ekzemen oft deutlich hervor. Die Salben werden oft einfach nicht vertragen; man kann die sonst wohltuendsten Medikamente ihnen imprägnieren, die Haut revoltiert. Lässt man dieselben Heilmittel in anderer Form auftragen, dann werden sie geduldet und wirken heilsam. Es gibt da die verschiedensten Möglichkeiten. Die eine Ekzemhaut verträgt gar keine Salbe, man mag diese oder jene Salbenbasis wählen, die andere ist nur einer bestimmten Salbenbasis gegenüber launisch, während sie die anderen gerne akzeptiert. Da gilt es, scharf zu beobachten, um das schädliche herauszufinden und durch nützliches zu ersetzen. Man steife sich niemals auf Erfahrungen, bestehe niemals darauf, eine Salbe konsequent weiter zu brauchen, weil sie sonst in gleichen Fällen gute Dienste leistet. Hier ist Konsequenz nicht am Platze. — Im allgemeinen kann man sagen, dass Salben bei akuten, vesikulösen und nässenden Ekzemen wenig zu empfehlen sind. Man darf nie vergessen, dass eine dicke Salbenschicht eine impermeable Decke bildet und den Sekreten keinen Abfluss gestattet .— Dahingegen sind Salben sehr angenehm, wenn eine starke Spannung bei spröder, schuppender Haut besteht; das Fett entspannt und glättet. — Als Salbenbasis ziehe ich Mitin vor, weil es geschmeidig, haltbar ist und in seiner Zusammensetzung physiologischen Verhältnissen möglichst nahe kommt. Ausserdem hat es durch seinen hohen Flüssigkeitsgehalt eine kühlende Wirkung, erfüllt die Anforderungen einer „Kühlsalbe". Jedoch kann ich mir sehr wohl vorstellen, dass sich hin und wieder eine Ekzemhaut auch gegen Mitin als intolerant erweist; das ist unberechenbar und kompromittiert das Mitin in keiner Weise. Ich bin bisher einer Intoleranz gegen Mitin nicht begegnet.

Eine Abart der Salben sind die Pasten, eine gerade für das Ekzem ausserordentlich nützliche Arznei-

form. Durch Zusatz von indifferenten Pulvern wird diese festere Salbenform gewonnen, welcher manche Nachteile der einfachen Salben nicht eigen sind. Sie fetten nicht so ab, trocknen an und haften fest auf der Haut, sind porös, lassen dem Sekret freien Durchtritt, schliessen also nicht so fest ab. Die Pasten sind bei allen Ekzemformen sehr nützlich und, wo nicht gerade die Sprödigkeit der Haut es verlangt, oder die Notwendigkeit, fest in die Haut einzustreichen, vorliegt, den Salben vorzuziehen. Als Grundpaste verwende ich nur die Mitinpaste (Pasta Mitini), die an sich schon einer Reihe von Indikationen genügt, trocknend, lindernd, entzündungsmildernd wirkt. Ihre hautähnliche Farbe ist bei Applikation im Gesicht und an den Händen besonders willkommen. Ebenso eignet sie sich als Basis für jedes in Pastenform zu verordnende Heilmittel, wodurch die Verschreibweise sehr vereinfacht ist.

Eine eigenartige Form der Salbenapplikation bilden die Unnaschen Salbenmulle, mit Salben imprägnierte Stoffe. Mit Zink, Ichthyol, Salizyl, Tumenol imprägniert, können sie bei vielen Ekzemen Verwendung finden, da sie eine sehr saubere Applikationsweise darstellen. Nur bei vesikulöser, nässender, stark sezernierender Haut darf man sie nie verwenden, da sie undurchlässig sind, die Sekrete nicht durchtreten lassen, was eine Reizung und Mazeration der Haut zur Folge hat. —

Von den Pflastern kann man bei Ekzemen relativ wenig Gebrauch machen. Bei akuten Formen sind sie absolut zu meiden. Mag die Pflastermasse noch so milde sein, mag der Stoff, auf dem die Masse ausgestrichen ist, auch porös sein, der Luftabschluss ist immer ein viel zu starker. Die Hornschicht wird zu sehr aufgeweicht, etwaiges Sekret muss stagnieren — beides Momente, welche jedes akute Ekzem verschlimmern müssen. Aber auch das chronische Ekzem bietet für

die Pflasterapplikation wenig Gelegenheit; die mazerierende Wirkung ist hier meistens unwillkommen. Nur die Formen, welche mit starker Verdickung der Hornschicht einhergehen, machen eine Ausnahme, denn hier ist die Erweichung, die Mazeration der übermässig aufgehäuften Hornzellen die erste Indikation. Erst wenn diese entfernt sind, wird uns die kranke Basis für weitere therapeutische Massnahmen zugänglich. Besonders an der Palma, der Planta, dem Unterschenkel bildet die Applikation keratolytischer Pflaster oft die Einleitung der Therapie. Das Salizyl- und das Salizylseifenpflaster spielen hier eine grosse Rolle. Man wählt da am besten sogar die ganz undurchlässigen Präparate, die Pflastermulle oder die Paraplaste; letztere sind wegen ihrer helleren Färbung weniger auffällig.

Die Leime und Firnisse, als deren Repräsentanten der mit Gelatine hergestellte Zinkleim und das Ung. Caseini anzuführen sind, haben im ganzen wenig Gelegenheit, bei Ekzemen ihre Wirksamkeit zu entfalten, wie ja überhaupt ihr Arbeitsgebiet ein sehr enges ist. An sich sind sie für Ekzeme nicht gerade ungeeignet, weil sie eine poröse, durchlässige Decke geben. Man wendet eigentlich nur den Zinkleim an, wenn man Kompressionsverbände des Unterschenkels macht oder wenn man einen Verband sonst irgendwo gut befestigen will. Das Ung. Caseini wird als Exzipiens für Teer und Pyrogallussäure bei chronischen Ekzemen hin und wieder gebraucht.

Bevor wir die Heilmittel Revue passieren lassen, liegt es uns noch ob, die bei Ekzemen brauchbaren Verbandmittel und Verbandarten kurz zu erläutern. Es ist das sehr wichtig, wie überhaupt die kleine Technik für den Heilerfolg bei Ekzemen sehr oft fast allein ausschlaggebend ist. — Man braucht in der Ekzemtherapie zunächst Stoffe, mit denen man die Heilmittel appliziert, sei es dass es sich um Flüssigkeiten

oder Fette handelt. Von uralter Zeit gilt da die alte Leinwand als das beste Material, — und das mit Recht. Die weiche, poröse, geschmeidige Beschaffenheit derselben sind gute Eigenschaften. Zu beachten bitte ich nur, dass die beim Waschen der Leinwand etwa gebrauchte Seife sorgsam vor der Anwendung derselben herausgespült werden muss; ein akutes Ekzem würde verschlimmert werden, wenn seifenhaltige Leinwand zu Umschlägen verwendet würde. Das ist eine Kleinigkeit, aber sie will beachtet sein.

Nessel kann oft die Leinwand ersetzen.

Verbandmull ist, in 4—8facher Lage zusammengelegt, sowohl für Umschläge wie für Salben- und Pastenanwendung sehr geeignet. Die Porosität und Schmiegsamkeit sind ja noch grösser. Auf das sorgsamste muss man da aber darauf sehen, dass nur einfach steriler Mull, nicht antiseptisch imprägnierter Verwendung findet. Der Laie kauft sich gewöhnlich mit Vorliebe Karbolgaze, Sublimatgaze, Salizylgaze oder gar Jodoformgaze, da ihm die Antisepsis schon etwas zu stark im Blute liegt. Auch die Verbandstoffgeschäfte und Apotheken geben, wenn der Laie Gaze oder Mull haben will, freiwillig imprägnierte Stoffe. Bei der oben ausgeführten grossen Gefahr, welche fast alle Antiseptika für die Ekzeme bedeuten, ist es daher dringend nötig, dem Patienten einfachen Tupfermull aufzuschreiben, ihn vor dem desinfizierten ausdrücklich zu warnen.

Ein oft ausgezeichneter Stoff für Salbenapplikation ist Lint, dessen rauhe Fläche bestrichen wird. Er ist insofern erheblich sauberer als er das Fett nicht so leicht hindurchtreten lässt und die Wäsche weniger beschmutzt wird. Andererseits liegt in der geringen Durchgängigkeit auch die Grenze der Lintanwendung. Bei akuten, blasenbildenden, nässenden Formen kann man Lint nicht gebrauchen; da sind alte Leinwand, Nessel und Mull vorzuziehen. In den übrigen Fällen aber ist Lint auf das wärmste zu empfehlen.

Die entfettete Verbandwatte, welche mit Recht so ungeheuer populär geworden ist, eignet sich bei Ekzemen sehr gut, wenn feuchte Umschläge zu machen sind. Man nimmt eine nicht zu dicke Wattelage, durchtränkt sie mit dem betreffenden Heilmittel und legt sie auf. — Weniger gut ist die Verbandwatte für die Salbenapplikation. Dazu saugt sie zu gut auf. Man muss deshalb, will man eine gute Wirkung haben, sehr dick Salbe auftragen, was eine Vergeudung bedeutet. Ich ziehe deshalb bei Anwendung von Salben oder Pasten Leinwand, Nessel, Mull, vor allem aber Lint gerne vor. — Im übrigen gilt auch von der Verbandwatte, was von der Gaze gesagt ist, dass jede Imprägnierung mit Antisepticis streng verpönt ist.

Die ganz undurchlässigen Stoffe, wie Guttaperchapapier, Gummipapier (Blumenpapier), Billrothbattist, Mosetigbattist, finden in zwei Fällen eine zweckdienliche Verwendung bei Ekzemen. Erstens müssen sie die feuchten Kompressen bei den Dunstverbänden decken; dieses ist die einzige Gelegenheit zu ihrer Benutzung bei akuten Ekzemen. Zweitens legt man in torpiden Fällen undurchlässige Stoffe überall da auf, wo Krusten und Borken erweicht werden sollen, oder eine Mazeration der Hornschicht nötig wird, oder endlich eine sehr energische Entfaltung der Heilkraft differenterer Heilmittel erstrebt wird. Jedes Medikament wirkt stärker auf die Haut ein, wenn Luftabschluss vorhanden ist, ein undurchlässiger Stoff übergelegt wird. Man wird davon bei ganz hartnäckigen, alten Ekzemen Gebrauch machen, aber häufig sind diese Fälle nicht.

Die Befestigung der Verbandstoffe bei Ekzemen geschieht durch Mullbinden, steife Gazebinden, elastische Binden. Letztere, wie Trikotschlauchbinden, Idealbinden, sind überall am Platze, wo es auf eine gute Kompression ankommt. Dieses ist ja bekanntlich in erster Reihe bei den Stauungsekzemen des phlebektatischen Unterschenkels der Fall. Aber auch für jedes

andere Ekzem, besonders aber für das akute, stark ausschwitzende, ist die Kompression ein ausserordentlich wichtiger Heilfaktor, von dem man noch mehr Gebrauch machen sollte. Ein fester Verband mit einer gut komprimierenden Binde ist an sich schon geeignet, manches Ekzem zur Rückbildung zu bringen. — Gut tut man überall, soweit die Binde umgelegt wird, mit etwas Verbandwatte unterzupolstern, da die Umgebung ekzematöser Haut sehr empfindlich ist und durch eine etwas scheuernde Binde leicht ekzematös wird.

Eiligen Tempos wollen wir noch die

Antiekzematöse Pharmakopoe

durchstreifen, um in allgemeinen Umrissen die Bedeutung der in Frage kommenden Heilmittel zu skizzieren. Die dabei gewählte Einteilung hat natürlich viel willkürliches, dürfte aber zweckentsprechend sein.

Als Antiekzematosa kann man alle diejenigen Medikamente bezeichnen, welche die Regenerierung der oberflächlichen Epidermisschichten, das ist hauptsächlich der Hornschicht, begünstigen. Also alle Keratoplastica (Epidermoplastica) sind die Antagonisten des sich beim Ekzem abspielenden keratolytischen Prozesses. Wohlverstanden sind diese Heilmittel nicht identisch mit denen, welche die Vernarbung von Wunden durch Granulationsbildung, Bindegewebsneubildung fördern und als Corioplastica bezeichnet werden könnten, wie z. B. Jodoform. Diese sind sogar der Epidermisierung oft hinderlich. Bei einem Hautdefekt sind zuerst die granulationsbefördernden Mittel (Corioplastica), dann die die Epidermisierung begünstigenden (Keratoplastica) indiziert. Bei dem Ekzem, bei der einfachen Keratolyse, sind nur letztere am Platze. — Welche Mittel wirken nun aber fördernd auf die Epidermisierung? Man könnte verschiedene Gruppen unterscheiden. Erstens alle austrocknenden, aufsaugenden,

die Sekretion ableitenden Medikamente; zweitens alle adstringierenden, die Sekretion vermindernden Medidikamente; drittens die anämisierenden, die Hautgefässe verengernden Medikamente.

Zu den trocknenden, aufsaugenden Heilmitteln gehören im wesentlichen Zinkoxyd, Amylum, Magnesia carbonica, Talcum venetum, Lycopodium. Dieselben werden, wie schon ausgeführt, trocken oder als Schüttelmischung bei akuten, vesikulösen und nässenden Ekzemen aufgetragen. Dem nicht immer ganz indifferenten Zinkoxyd scheint aber noch eine besonders mildernde Bedeutung zuzukommen, weshalb man es auch als Salbe oder Paste gerne verordnet (10 % Zink-Mitin oder Mitinpaste).

Unter den adstringierenden Keratoplasticis ist des Alumen aceticum in erster Reihe zu gedenken. Umschläge mit 2% Liquor Alum. acet. (Liquor Burowii), zu gleichen Teilen gemischt mit 3% Aqua borica, sind bei allen akuten Ekzemformen nützlich. Der Zusatz von Borsäure hat auch den Zweck, die Lösung haltbarer zu machen, da die essigsaure Tonerdelösung leicht Niederschläge bildet, besonders wenn sie mit nicht destilliertem Wasser gemischt wird. Die Borsäure verhütet das. Vergessen darf man nicht, dass der offizinelle Liquor Aluminis acetici 8 % ist, also stets verdünnt werden muss. — In ähnlicher Weise günstig wirkt das altbekannte Bleiwasser, eine Lösung von Plumbum aceticum. Es wird jetzt eher zu wenig angewendet als zu viel. Die Mode spielt eben in der Therapie auch viel mit; das Bleiwasser ist unmodern, aber deshalb durchaus nicht wertlos. — Nützlich ist auch eine 10 % Bleisalbe (Plumb. acet. 1,0 : Mitin 10,0). — Vorzüglich wirkt oft die ½—1 % Resorzinlösung.

Von flüssigen Adstringentien möchte ich nur noch das Decoct. cort. Quercus (10 %) erwähnen, das ich bei feuchten, subakuten und chronischen Ekzemen gerne anwende. Der Gerbsäuregehalt ist das wirksame.

Auch in Gestalt von Bädern ist es bei kleinen Kindern wie bei Erwachsenen zuweilen recht nützlich. Man setzt ein Dekokt von ½—1 Kilo dem Badewasser zu. Ekzeme der Genitoanalgegend von intertriginösem Charakter werden dadurch oft gebessert.

Von unlöslichen Adstringentien nenne ich besonders die Wismutpräparate: Bismut. subnitr., Bismut. subgallicum (Dermatol), Xeroform. Man verordnet sie entweder als Pulver, gemischt mit dem vierfachen bis neunfachen Talc. venet., Zinkoxyd etc., und zwar bei intertriginösen und nässenden Ekzemen. Oder man gibt Salben, besser auch Pasten mit 10% der obigen Mittel. Wismutpräparate, die gleichzeitig Jod enthalten und abspalten, wie Airol, sind bei Ekzemen zu meiden.

Das Tannoform ist ein Gerbsäure-Formaldehyd-Präparat, welches ich je länger, je mehr bei vesikulösen, zum Nässen neigenden Ekzemen schätzen lerne. Es gerbt die Haut, wenn auch langsam und schwach. Man gibt entweder Tannoformpuder (1:3 Talkum) oder 10—20% Tannoformpaste, seltener 10—20% Tannoformsalbe. Beim nässenden Ekzem komme ich darauf zurück.

Zu den anämisierenden Antiekzematosis, welche Gruppe zum Teil auch die oben genannten Heilmittel umfasst, zähle ich das Tumenolammonium, Ichthyol, Thiol, Thigenol und die Teerpräparate. Diese für das Ekzem so wichtigen Medikamente müssen wir eingehender würdigen.

Tumenolammonium ist ein sehr wertvolles Mittel für alle akuten und subakuten Formen; es lindert die Entzündung und, was besonders wertvoll ist, es setzt das Juckgefühl herab. Besonders bewährt sich eine 2—10% Tumenolpaste.

Tumenolammonii 1,0—5,0
Ol. jecor. aselli 10,0
Past. Mitin. ad 50,0
DS. Äusserlich.

Schaden sieht man jedenfalls fast niemals, da Tumenol differente Wirkungen nicht entfaltet. Das gilt nicht vom Ichthyol, einem ausgezeichneten Mittel, mit dem man aber umzugehen verstehen muss, weil man leicht verschlimmern kann, wo man Nutzen stiften möchte. Man halte die Regel fest, dass man das Ichthyol als Ekzemheilmittel nur in schwacher Konzentration anwenden darf. Eine $^1/_2$—2 % Paste genügt fast stets; was mehr ist, ist von Übel. Gerade hier wird meiner Erfahrung nach sehr viel gesündigt, dadurch der Erfolg vereitelt und das Heilmittel diskreditiert. Bei Akne, bei Rosacea sind starke (5—20 %) Konzentrationen am Platze, beim Ekzem fast nie.

Viel weniger different, aber auch weniger wirksam sind die Ersatzmittel des Ichthyol, welche grossenteils auf Grund der Lorbeeren, welche dem Ichthyol zu Teil wurden, Boden gefunden haben. Ich nenne das Thiol und Thigenol. Eklatante Erfolge sah ich von ihnen nicht, doch schien mir letzteres bei Ekzemen oft von Vorteil zu sein. Man kann es als 10—20 % Paste oder auch als Lösung (20 %) benutzen. Bei nässenden Ekzemen rate ich aber, lieber vom Thigenol abzusehen.

Die grösste Rolle in der Therapie des Ekzems spielen die Teerpräparate, aber nur bei chronischen, allenfalls hin und wieder bei subakuten, niemals bei akuten. Die Vermeidung des Teers beim akuten Ekzem im Floritionsstadium in jeder Gestaltung ist ein Axiom, von dem man nie abweichen darf, ohne dass es der Patient büssen muss. Erst beim Ausklingen des Ekzems kann man an Teer denken. Natürlich ist das Urteil darüber, wann die Akuität des Prozesses soweit nachgelassen hat, dass man zum Teer greifen darf, oft sehr schwer, wie ja die Behandlung in den Übergangsstadien uns stets die härteste Nuss zu knacken gibt. In dubio warte man lieber noch oder befleissige sich der allergrössten Vorsicht, indem man das entsprechende Teerpräparat als Tinktur aufträgt und die

Haut dann noch mit milder Paste deckt oder Teer nur in schwacher Konzentration einer milden Paste (Mitinpaste) zusetzt. Neben akuten Ekzemen und allen Ekzemen, welche noch Neigung zu akuten Exazerbationen haben, geben noch alle diejenigen Fälle eine Kontraindikation ab, welche von impetiginösen Prozessen begleitet sind. Wo Eiterpusteln, Follikulitiden, Furunkel vorhanden sind, darf Teer in keiner Gestalt Anwendung finden. Es ist ja bekannt, dass Teer die Entstehung dieser sehr unangenehmen Prozesse sehr begünstigt; ich erinnere nur an die Akne picea. Schon das Vorhandensein vieler Komedonen, die ja den Ausgangspunkt der Akne bilden, genügt, um jede Teerapplikation aus der Therapie auszuschalten. — Keiner besonderen Hervorhebung bedarf es wohl, dass jede Albuminurie die Verwendung von Teerpräparaten, zumal auf ausgedehnten Hautflächen, verbietet, dass man überhaupt bei Teerbehandlung den Harn häufiger zu kontrollieren hat und sie sofort aussetzen muss, sobald auch nur die ersten Albumenspuren sich zeigen.

Die Wirkung des Teers auf die Ekzemhaut wird als anämisierende aufzufassen sein. Der Blutzufluss lässt nach, die Gefässe verengen sich, die Rötung schwindet, die Entzündung geht zurück. Das geht aber nicht stürmisch vor sich, sondern relativ langsam, so dass man auch bei der Teerbehandlung Geduld haben muss, wie es ja eigentlich bei dem chronischen Verlaufe der sich für dieselbe eignenden Prozesse selbstverständlich ist. Der verminderte Blutzufluss hat eine verminderte Produktion der im Übermass entstehenden, sich in Gestalt von Schuppen abstossenden und schnell erneuernden Epidermiszellen zur Folge. Wir sehen deshalb unter Teer die Haut blass werden, sich glätten, indem die Schuppung nachlässt, wenn auch eine gewisse Sprödigkeit zurückbleibt, die erst nach Aussetzen der Teertherapie — eventuell unter milden Salben — schwindet.

Dieser objektiv wohltuenden Wirkung des Teers gesellt sich aber eine weitere zu, welche subjektiv von den Patienten als ausserordentlich angenehm empfunden wird, — das ist der Nachlass des Juckens. Dieser, beim Ekzem besonders greifbare Effekt des Teers macht es ganz unentbehrlich; in dieser Richtung hat es kaum einen Rivalen. Das Jucken wird gemildert, der Patient und seine durch Kratzen malträtierte Haut bekommen Ruhe —; das Angenehme und Nützliche verbindet sich bei der Teeranwendung in ausserordentlich willkommener Weise.

Aber noch einen Gesichtspunkt will ich hervorheben, von dem aus die Verordnung des Teers in angenehmer Beleuchtung erscheint. Bekanntlich neigt jedes Ekzem zu Rezidiven, ohne dass wir mit Sicherheit wüssten, warum das der Fall ist, und ohne dass wir eine sichere Prophylaxe üben könnten. Wahrscheinlich bleiben Gefässalterationen, ein labiler, leicht aus dem Gleichgewicht zu bringender Zustand zurück. Da ist es nun sehr zu beachten, dass eine energische Teerbehandlung noch am ehesten vor Rückfällen schützt. Bei akuten Fällen sollte die Teerbehandlung den Schlussstein der Therapie bilden, bei chronischen sollte sie noch wochenlang fortgesetzt werden, nachdem schon alle Symptome geschwunden scheinen. Es scheint so, als ob die nach Ekzemen leichter dilatierbaren und leichter entzündlichen Hautgefässe zu normalerem Zustand, zu normalerer Reizbarkeit zurückgeführt werden, wenn die Haut lange Zeit in richtiger Weise mit Teer durchtränkt ist. Deshalb betrachte ich ein Ekzem erst dann als geheilt, wenn die Haut Teerapplikation anstandslos verträgt und längere Zeit ihr ausgesetzt war. Leider sind die Patienten oft früher zufrieden mit dem Endergebnis als der Arzt und entziehen sich der längeren Nachbehandlung mit Teer, — sicherlich zu ihrem grossen Schaden, der sich durch Rezidive kundgibt. Selbstredend will ich die Teeranwendung nicht als

Talisman gegen jeden Rückfall hinstellen, aber relativ finden wir in derselben die beste Garantie.

Leider muss ich am Schlusse der allgemeinen Betrachtungen über Teer anfügen, dass auch gegen dieses Mittel eine Intoleranz zuweilen vorkommt. Ekzeme, die aller Voraussicht nach durch Teer gebessert werden mussten, wurden dadurch verschlimmert; die Haut reagiert auf jede Teerapplikation in ungünstiger Weise. Das sind sehr schwer traktable Fälle.

Gehen wir nun zur Erörterung der verschiedenen **Teerpräparate** und ihrer Verordnungsweise bei Ekzemen!

Der reine Teer, Pix liquida, wird ziemlich selten gebraucht, obgleich er sehr gut und energisch wirkt. Man gibt ihn als 20—30 % spirituöse Tinktur. Eine bekannte, sehr brauchbare Medikation ist:

Pic. liquid.
Sapon. kalin.
Spiritus āā 10,0
DS. äusserlich.

Ein sehr gutes Präparat ist das mit Pix liquida hergestellte 10 % Teervasogen.

Die Teeröle, Ol. Rusci, Ol. Cadini, Ol. Fagi, Ol. Lithantracis, weisen radikale Unterschiede in der Wirkung nicht auf. Die Beschaffenheit jedes der Öle fällt übrigens je nach der Fabrik recht verschieden aus. Die am wenigsten „gereinigten", dunklen, scharf riechenden scheinen mir am besten zu wirken. Wo eine sehr dunkle Färbung unerwünscht ist, wählt man Ol. Cadini.

Man verordnet Teeröle als 10—50 % spirituös-ätherische Tinktur oder als Salben und Pasten. Die Tinkturen machen die Haut recht spröde, weshalb man die Haut nach dem Eintrocknen derselben am besten noch mit einer milden Paste (Mitinpaste) oder Salbe (Mitinzinksalbe) deckt. Zur Verabreichung von Teerbädern verwendet man Teertinkturen: der Patient wird mit denselben bepinselt und nach dem Eintrocknen für

$^1/_2$—1 Stunde in ein warmes Bad gesetzt. — Auch die Teerbäder (Marke Zeo) sind verwendbar. —

Die Teeröle werden zur Herstellung von Teerseifen verwendet, die als Unterstützungsmittel bei der Nachbehandlung chronischer Ekzeme ja sehr willkommen sind, wenn sie auch mehr Popularität besitzen, als sie es verdienen. Ja, wenn man den Seifenschaum aufträgt und stundenlang auf der Haut lässt, ist das natürlich eine effektvolle Applikationsweise. Aber die übliche flüchtige Waschung schafft sehr wenig. — Da es sich hier immer um torpide Prozesse handelt, wird es bei den Teerseifen nicht so sehr darauf ankommen, eine sehr milde, neutrale Seife zur Hand zu haben; man braucht deshalb bei der Auswahl der Teerseifen nicht sehr wählerisch zu sein.

Liantral ist ein gereinigtes Ol. Lithantracis, welches mit Ung. Casein. verarbeitet als Ung. Casein. c. Liantral. von Beiersdorf & Co. in den Handel gebracht wird. Es wird mit feuchtem Finger so lange in die Haut verrieben, bis die Haut sich trocken anfühlt. — Die saubere Applikation und die juckstillende Wirkung sind beachtenswert

Ein sehr mildes Teerpräparat ist der Liquor carbonis detergens; das englische Präparat muss als besonders gut empfohlen werden. Wo man Grund hat, mit der Teerbehandlung vorsichtig zu sein, wo die Reizbarkeit der Haut noch Bedenken erregt, fängt man die Teerbehandlung mit Liquor carbonis detergens an, welchen man Salben, Pasten, Schüttelmischungen in einer Konzentration von 10—20 % hinzusetzt.

Anthrasol ist ein neues Teerpräparat, welches den grossen Vorteil hat, farblos zu sein; leider ist es nicht geruchlos. Bei der Behandlung von Gesicht und Händen ist es gut verwendbar, wenn ich auch nicht sagen kann, dass ich dasselbe für so wirksam befunden habe, wie es manche preisen. Die alten Teeröle sind

zweifellos wirksamer. — Man verschreibt entweder eine 2—50 % Tinktur mit Alcohol absolutus oder 10 % Salben resp. Pasten.

Pittylen ist ein Kondensationsprodukt von Teer und Formalin. Es ist ein geruchloses, dunkles Pulver, welches als Salbe, Paste, Schüttelmischung überall da mit Vorteil Verwendung findet, wo ein mildes Teerpräparat am Platze ist. Auch Pittylenseifen sind recht brauchbar. Es bedeutet einen grossen therapeutischen Fortschritt. Ähnlich ist es mit dem Empyroform, einer Teer-Formalin-Verbindung. Es ist ein dunkelgraues Pulver, welches auch keinen Teergeruch hat. Ich habe vom Empyroform gutes bei nicht zu infiltrierten Ekzemen gesehen. In subakuten Fällen kann man, selbst wenn noch kleine Bläschen vorhanden sind, Empyroform meistens getrost anwenden. Dazu kommt der gute Einfluss auf das Jucken und auf die das Ekzem so oft begleitende Seborrhoe. Bei längerer Anwendung sah ich zuweilen eine eigentümliche Hautveränderung, die wohl auf den Formalingehalt zurückzuführen ist. Die Haut wird gespannt, trocken, sehr spröde. Das gibt sich aber sofort bei milder Nachbehandlung, z. B. mit 10 % Zink-Mitin. — Man verordnet Empyroform als 5 % Salbe oder Paste.

Wollten wir strenge ins Gericht gehen, dann würden wir mit diesen Heilmitteln die eigentlichen Antiekzematosa erschöpft haben. Die weiteren Gruppen, welche wir noch kurz zu erörtern haben, sind eigentlich nur gelegentliche Hilfsmittel, welche aus diesem oder jenem Grunde bei dieser oder jener Ekzemform Nutzen, oft sogar grossen Nutzen schaffen, ohne gerade der ekzematösen Keratolyse entgegen zu wirken. Das gilt zunächst von den bei Ekzemen eine grosse Rolle spielenden Antiseborrhoicis. Das so eigenartige, von dem Grundtypus oft sehr abweichende seborrhoische Ekzem fordert diese Medikamente, von denen wir dem Ichthyol, Thiol, Thigenol schon begegnet sind, an dieser

Stelle aber noch einige weitere zu besprechen haben. Der Hauptrepräsentant antiseborrhoischer Heilmittel ist der Schwefel, am besten gebraucht als Sulfur praecipitatum oder als Sulfur colloidale. Alle akut-entzündlichen Formen mit Bläschenbildung, Nässen, verbieten die Schwefelanwendung. Es gibt aber auch sehr akut auftretende, seborrhoische Ekzeme von psoriasiformem Aussehen, aus mehr oder minder zahlreichen, mit schmutzig-gelblichen Schuppen bedeckten, ziemlich scharf begrenzten, wenig juckenden Flecken sich zusammensetzend, welche auf Schwefel prompt und günstig reagieren. Es fehlt in solchen Fällen trotz der akuten Eruption jeder lebhaft entzündliche Charakter. Wo letzterer vorhanden ist, muss man ungeheuer vorsichtig mit Schwefel sein, und das um so mehr, als die Empfindlichkeit der Haut gegen Schwefel individuell enorm verschieden ist. Man schadet oft mit 10 % Salbe, während eine 1 % Nutzen stiftet. Es ist auch dem geübtesten Fachmann nicht leicht, sich im Beginne der Beobachtung ein Urteil darüber zu bilden, welche Konzentration im Einzelfalle am Platze ist. Ich kann deshalb nur raten, stets bei nicht gerade sehr alten torpiden Ekzemfällen mit schwachen Mischungen zu beginnen, um eventuell nachher schnell zu steigen. — Bemerkenswert ist, dass die Haut unter Schwefelbehandlung oft spröde, schinnig erscheint. Das schadet nichts; man setzt dann zeitweilig aus und glättet die Haut durch milde Salben. — Man kann bei richtiger Wahl der Konzentrationen bei allen seborrhoischen Ekzemen vorzügliches erzielen, während andere Ekzemformen wenig darauf reagieren. — Man verordnet bei Ekzem den Schwefel, der ja unlöslich ist, hauptsächlich als 1—10 % Salbe und Paste.

Zu Schwefelbädern nimmt man Kalium sulfuratum (Schwefelleber), 50,0—150,0 zum Bade, oder Schwefelbäder (Marke Zeo) oder Solutio Vlemynx, eine Lösung von Calcium oxysulfurosum. Von letzterer setzt

man für Kinder 30,0—60,0, für Erwachsene 100,0 bis 300,0 dem Bade zu.

Schwefelseifen wählt man am besten in überfetteter Form, um zu scharfe Wirkungen zu vermeiden. Im ganzen sind auch hier die Seifen meistens nur Adjuvantien.

Resorzin ist ein Antiseborrhoicum; es hat aber auch entzündungsfeindliche Wirkung, jedoch nur in sehr schwacher Konzentration. Bei akuten Ekzemen, selbst bei Bläschenbildung und Nässen, sind Umschläge mit kühlen $^1/_2$—1% Resorzinwässern oft ausserordentlich nützlich und können das Liq. Alum. acet. ersetzen. Sie mildern die Rötung, fördern die Überhornung, wirken keratoplastisch, wie Unna annimmt durch Reduktion. Salben, Pasten von 1—10% sind aber nur beim eigentlichen seborrhoischen Ekzem, und zwar nur bei den mehr chronischen Formen, am Platze, wobei eine Kombination mit Schwefel oft nützlich ist. Höher prozentuierte Mischungen haben Keratolyse, Schälung der Haut, zur Folge; das ist willkommen bei den torpiden Ekzemen seborrhoischen Charakters, bei den anderen aber oft schädlich. Jedenfalls rate ich, sich bei der Resorzinanwendung, wo es sich um Ekzeme handelt, grosser Vorsicht zu befleissigen, zumal Idiosynkrasien gegen Resorzin relativ häufige Vorkommnisse sind. — Auf ihre antiseborrhoische Wirkung ist auch die Bedeutung des Hydr. praecipitat. alb. und Hydr. oxyd. flavum für das Ekzem zurückzuführen. An sich sind sonst bei Ekzemen Quecksilberpräparate eher schädlich als nützlich. Nur wo die Seborrhoe mitspielt, sieht man von ihnen gutes. Man gibt das Hydr. praecipitat. alb. als 10% Salbe besonders bei Gesichts- und Kopfhautaffektionen, als 1% Salbe mit Vorliebe bei den seborrhoischen Ekzemen der Augenlidränder, die man gewöhnlich als Blepharitis marginalis bezeichnet. In diesen Fällen ist auch das Hydr. oxyd. flav. als 1% Salbe sehr beliebt.

Den Antiseborrhoicis möchte ich einige Heilmittel anreihen, die auch bei Ekzemen mitunter mit gutem Erfolge Verwendung finden: Chrysarobin, Pyrogallussäure und Lenigallol. Ich beginne mit dem Lenigallol als dem mildesten Medikament. Die Wirkung des Lenigallol ist eine leicht-ätzende. Wenn man eine vesikulöse Ekzemhaut mit einer Lenigallolpaste bestreicht, dann bilden sich an Stelle der Bläschen durch die freiwerdende Pyrogallussäure trockene, kleine, schwarze Borkchen, nach deren Abstossung eine nicht mehr sezernierende Haut zum Vorschein kommt. Das ist ja ein sehr wertvoller Heileffekt, aber man muss auch gewisse Vorsichtsmassregeln beachten. Erstens darf man Lenigallol nicht auf ganz akut-entzündliche, blasenbildende Ekzeme auftragen; zweitens muss man, sobald die Borkchen entstanden sind, also gewöhnlich nach 2—4 Tagen, das Lenigallol durch indifferentere Heilmittel ersetzen, da es sonst zu einer entzündlichen Reizung, insbesondere zur Pustelbildung kommen kann. Richtig verwendet ist das Lenigallol in der Ekzemtherapie von Wert.

Chrysarobin wie die Pyrogallussäure werden zuweilen bei ganz torpiden, schuppenden, sehr hartnäckigen Ekzemen verwendet, die also gewissermassen antipsoriatisch behandelt werden. Man spricht dabei gewöhnlich von der Applikation antiparasitärer Mittel. Das ist eine ganz willkürliche, durch nichts motivierte Benennung, die nur unserer Unkenntnis ein hübsches Mäntelchen umhängen soll. Weder ist bewiesen, dass die betreffenden Ekzeme parasitären Ursprungs sind, noch, dass die genannten Mittel grosse Antiparasitica sind. Darum weg mit dieser Bezeichnung! Wir wissen nur, dass nach Chrysarobin eine entzündliche Reaktion in der Haut entsteht, die oft — vor allem bei Psoriasis — heilend wirkt; vom Pyrogallol wissen wir, dass es ein tief zerstörendes, nekrotisierendes Medikament ist, und deshalb wohl auch da, wo wir es nicht bis zur Zerstörung kommen lassen, eine Beeinflussung der

Blutgefässe und Zellen mitspielen wird, die eine Rückbildung veralteter Hautentzündungen anbahnt.

Chronische Ekzeme führen bisweilen zu starker Hyperkeratose, zu Verdickung der Epidermis mit oder ohne Infiltration der Haut. Diese Zustände bedingen es, dass auch keratolytische Heilmittel zuweilen bei Ekzemen von Wert sind. Sie erweichen und entfernen die verdickte Hornschicht, machen die Haut der eigentlich antiekzematösen Therapie zugänglich. Die Keratolytica sind also nur Vorbereitungsmittel. Wir können hier die Salizylsäure, die Seife und das Kali causticum anführen.

Die Salizylsäure hat die Eigenschaft, die Hornsubstanz in eine weisse, weiche Masse zu verwandeln, die sich leicht ohne Läsion der Basis entfernen lässt. Man muss nur starke Konzentrationen verwenden, am besten als undurchlässige Pflaster. Das bereits erwähnte Salizylseifenpflaster ist bei Hyperkeratosen im Gefolge von Ekzemen, wie man sie besonders in der Handfläche findet, von grossem Nutzen.

In schwacher Konzentration, als $^1/_2$—2% Salbe oder Paste, scheint Salizylsäure sogar fördernd auf die Hornschichtbildung einzuwirken; bei akuten Ekzemen findet sie deshalb in dieser Stärke Verwendung. Zusätze von 5—10% Salizylsäure sind bei vielen Ekzemverordnungen, zumal, wenn das Epithel verdickt ist, nützlich; sie erleichtern das Eindringen der Medikamente in die Haut, scheinen seborrhoische Erscheinungen günstig zu beeinflussen und auch etwas juckstillend zu wirken.

Die Seife als Reinigungsmittel ist schon besprochen. Als Heilmittel dient es gleich der Salizylsäure der Keratolyse. Man setzt da, wo eine sehr energische Wirkung bei alten, infiltrierten Ekzemen am Platze ist, den entsprechenden Salben gerne 10—20% Seife zu, und zwar am besten Sapo kalinus.

Als direktes Zerstörungsmittel für die Ekzemhaut wird nach F. Hebra eine 10—30% Lösung von Kali

causticum gebraucht. Bei sehr chronischen, infiltrierten Ekzemen mit verdickter Epidermis ist das Abreiben mit diesem Ätzmittel ein heroisches, aber zuweilen sehr wirksames Verfahren, welches man als ultimum refugium im Auge behalten muss. Die erweichte, verätzte, schmerzhafte Haut lässt man nach der Ätzung unter einer milden Salbe oder auch unter Umschlägen mit stark verdünnter Ätzkalilösung (1 : 5000) abheilen.

An dieser Stelle will ich die Rolle, welche ein anderes milderes Ätzmittel, das Arg. nitricum, spielt, einschaltend erörtern.

Der Höllenstein kann bei Ekzemen, richtig verwendet, sehr viel Gutes schaffen und zwar gerade bei der Form, welche uns oft am meisten Kopfzerbrechen macht, beim nässenden Ekzem. Ich kann ohne Übertreibung sagen, dass man unter passender Applikation des Arg. nitricum fast immer in kürzester Frist mit dem Ekzema madidans fertig wird. Im speziellen Teil werde ich eingehender das Verfahren schildern. An dieser Stelle sei nur betont, dass man meistens wässrige Lösungen, niemals den Stift, und zwar 2—10% benutzt. Noch energischer wirken ebenso starke spirituöse Lösungen.

Den Schluss der allgemein-therapeutischen Betrachtungen soll noch ein Stück der symptomatischen Ekzemtherapie bilden, welchem eine ganz besondere Wichtigkeit zukommt. Ich meine die Behandlung des Juckens, gegen das ja eine Reihe von Heilmitteln uns zur Verfügung stehen. Soweit die Juckstillmittel beim Ekzem auch kurativ wirken, sind sie schon von uns erörtert. Ich erinnere an das Tumenolammonium, an die Teerpräparate, an das Pittylen, an das Empyroform. Welche Rolle spielen nun aber die sonstigen Juckstillmittel beim Ekzem? Inwieweit kann man von ihnen Gebrauch machen, inwieweit können sie beim Ekzem

Nutzen bringen? Folgende Medikamente sind hier zu berücksichtigen: Menthol, Karbolsäure, Kampfer, Chloral, Bromokoll, Orthoform, Anästhesin, Eudermol. Man kann sich da ziemlich kurz fassen: Bei allen akuten Ekzemen mit irgendwie lebhafter Entzündung und Exsudation sind alle diese Mittel gar nicht oder nur mit allergrösster Vorsicht zu gebrauchen, da sie sehr viel schaden können. Wie oft habe ich schon Ekzeme gesehen, die nicht heilten, einfach, weil immer Karbolsalben, Mentholsalben, Bromokollsalben etc. aufgelegt waren! Das fast reflektorische Greifen zu diesen Juckstillmitteln, ohne Rücksicht auf das ursächliche Leiden, straft sich oft sehr. Deshalb meidet man diese ganz, oder man wendet sie zuerst vorsichtig prüfend an, um erst, wenn man sicher ist, dass sie vertragen werden, mehr Gebrauch von ihnen zu machen. Ich warne besonders vor dem Ung. diachylon carbolisatum und vor dem Menthol, als den am häufigsten angewendeten Mitteln. In bezug auf das Menthol bemerke ich noch, dass es auch meistens in viel zu starker Konzentration verordnet wird. Ein Zusatz von 1—2 % Menthol genügt fast stets, um die gewünschte Juckstillung zu erzielen. Bromokoll, Orthoform, Anästhesin sind auch durchaus nicht so indifferent, wie es gewöhnlich verheissen wird. Sie können sehr unangenehme Nebenwirkungen entfalten, und deshalb meidet man sie bei solch reizbarer Haut, wie sie das akute Ekzem mit sich bringt. Je chronischer das Leiden ist, desto eher wird man gegebenenfalls diese Heilmittelgruppe probieren, aber sorgsamer Kontrolle bedarf es auch dann, will man nicht, statt ein chronisches Ekzem zu heilen, ein akutes erzielen.

Erwähnen will ich hier nur noch zwei Anästhetica, Kokain und Eukain, die ja wohl nie schaden, aber leider auch wenig nützen; höchstens kann in einer nässenden Haut der Juckreiz durch sie etwas gestillt werden.

Dieses vorausgeschickt, beginnen wir jetzt die

Spezielle Therapie des Ekzems.

Wir halten uns dabei an die verschiedenen Gestaltungen des Ekzems, welche ja nur verschiedene Stadien desselben Prozesses darstellen: Ekzema erythematosum, papulosum, vesiculosum, madidum et crustosum, squamosum. Je nach der Akuität des Prozesses haben wir dann noch in den einzelnen Stadien den akuten, subakuten und chronischen Verlauf zu berücksichtigen.

Das Ekzema erythematosum (rubrum) acutum erheischt in erster Reihe eine antiphlogistische Therapie. Man muss suchen, die Entzündung so schnell als möglich zur Rückbildung zu bringen, vorzubeugen, dass sich höhere Ekzemgrade entwickeln, vor allem durch lebhafte Exsudation das mit Recht gefürchtete Ekzema madidum entsteht. Eine erfolgreiche Therapie wird bewirken, dass die diffus gerötete, mehr oder weniger geschwollene, sich durch Entwickelung minimaler Exsudationen etwas uneben anfühlende Haut abblasst, abschwillt, sich nach mässiger Abschuppung glättet; die Abnahme der subjektiven Beschwerden, des Brennens und Juckens, geht dem Rückgange der entzündlichen Erscheinungen parallel, wenn auch das Jucken dieselben zuweilen etwas überdauert und sich gerade im Schlussstadium des Prozesses oft recht bemerklich macht. Die beste Therapie des akuten Ekzema erythematosum besteht in der Applikation kühlender Umschläge, zu denen man aber nicht reines Wasser, sondern 2 % Liq. Alum. acet., am besten zu gleichen Teilen gemischt mit 3 % Aq. borica, oder Aq. plumbi oder ½—1 % Resorzinlösung nimmt. Letztere hebe ich besonders hervor; sie wirkt fast immer ausgezeichnet; es gibt aber auch Patienten, die gerade gegen Resorzin überempfindlich sind. Man darf sich dann auf diese Medikation nicht versteifen.

Die Umschläge werden morgens, mittags und

abends je 1—2 Stunden bei fleissigem Wechseln gemacht. Bei wenig lebhafter Entzündung können statt dessen, wenn die Örtlichkeit es erlaubt, auch Dunstumschläge Anwendung finden, die nur alle 2—3 Stunden gewechselt werden. — In den Zwischenpausen benutzt man Puder, um die Haut zu schützen. Mischungen aus Zinkoxyd, Talc. venet., Amyl., Magn. carbonica sind sehr dazu geeignet. Auf Eis gekühlte, mit Puder gefüllte Mullsäckchen sind besonders angenehm. Sehr praktisch ist es auch, die Puder in Gestalt von Schüttelmischungen zu verabfolgen, wie sie im allgemeinen Teil angegeben sind. Die durchgeschüttelte Mischung wird 1—2 mal täglich leicht aufgepinselt; die Flüssigkeit verdunstet, was mit einem angenehm empfundenen, kühlenden Gefühl einhergeht, das Pulver schlägt sich als feine Schicht in der Haut nieder und haftet fest in derselben. Wenn zuviel aufgepinselt wird, bildet das Pulver eine spröde Schicht, die Haut neigt zum Platzen. — Wo wegen Zeitmangel oder wegen zu grosser Ausdehnung der Affektion die Umschläge nicht gemacht werden können, benutzt man nur Puder und Schüttelmischungen. Es geht gewöhnlich auch so ganz gut, wenn man nur etwa ergründete Ursachen fernhält, Reizungen und mechanische Läsionen durch Waschungen, Reiben, scheuernde Kleidungsstücke etc. verbietet. Gereinigt wird die Haut am besten mittelst Watte, welche in obengenannte Flüssigkeiten getaucht wird. Das Abtrocknen bewirkt man, sorgsam tupfend, mit trockener Watte. — Fette aller Art sind beim Ekzema erythematosum erst am Platze, wenn die ersten stürmischen Erscheinungen vorüber sind. Am ehesten kann man noch zur Reinigung und Entspannung Ol. amygd. dulc., Oleum jecoris aselli oder Oleum Sesami anwenden; Salben und Pasten kommen erst beim Abklingen des Prozesses zur Anwendung und zwar sind die trocknenden Pasten hier entschieden vorzuziehen. Ich hebe 10 % Zink-Mitin und Mitinpaste

hervor. Besteht lebhafteres Jucken, dann setzt man 2—10 % Tumenolammonium hinzu:

Tumenolammonii 0,4—2,0
Ol. Sesam. 2,0
Pasta Mitin. ad 20,0
DS. äusserlich.

Tumenolammonii 0.4—1,0
Zinc. oxyd. 2,0
Ol. Sesam. 3,0
Mitin. ad 20,0
DS. äusserlich.

Gerade am Schlusse des Prozesses ist es wichtig, das dann, wie erwähnt, lebhaftere Jucken nicht unbeachtet zu lassen, da das sonst ausgelöste Kratzen sehr leicht den einschlummernden Prozess wieder erweckt.

Mit diesem einfachen Verfahren dürfte man beim erythematösen Ekzem stets auskommen: Kühle Umschläge, Puder resp. Schüttelmischungen, am Schlusse recht milde Pasten. Weitere differente Heilmittel wie Ichthyol, Schwefel etc. dürften selten notwendig werden, jedenfalls nicht früher, als bis die Entzündung nachgelassen hat, ein sich hinziehendes, squamöses Stadium energischeres Vorgehen verlangt.

Chronische Formen von Ekzema erythematosum gehen stets mit Schuppung einher und werden beim Ekzema squamosum besprochen.

Die Behandlung des Ekzema papulosum zu erörtern ist deshalb besonders schwierig, weil unter dem Begriff ganz Verschiedenes zusammengeworfen wird. Wenn beim akuten erythematösen Ekzem die erwähnten Exsudationen als minimale, papulöse, festere Erhebungen deutlich hervortreten, spricht man von einem papulösen Ekzem. Dieses Krankheitsbild ist ganz ebenso zu behandeln, wie das akute erythematöse Ekzem. Anders das papulöse Ekzem, bei dem ohne jegliche Entzündungserscheinungen oder wenigstens ohne jede lebhaftere Entzündung derbe, linsengrosse, weiss aussehende, konische Papeln hervorspriessen, welche stark jucken. Dieses akut auftretende, aber sich meistens verschleppende Leiden, auch als „Prurigo simplex“ oder „Neurodermitis“ bezeichnet, dessen Zugehörigkeit zum Ekzem sehr zweifelhaft ist, erfordert oft eine viel diffe-

rentere Behandlung. Die Haut neigt hier nicht zur Exsudation, zur Bläschenbildung, zum Nässen, man kann ihr deshalb mehr bieten. Zunächst kann man auch hier eine milde Therapie mit Schüttelmischungen, milder Paste (Mitinpaste) und festem Verband versuchen. Letzterer ist, da es sich stets um die Bekämpfung des lebhaften Juckens handelt, besonders zu empfehlen. Er lässt sich auch meistens applizieren, da das Leiden gewöhnlich örtlich beschränkt am Handrücken, Unterarm, Unterschenkel auftritt. Genügt dieses Verfahren nicht, dann geht man sogleich zum Teer über, indem man den Schüttelmischungen oder der Paste Teer zusetzt:

Liq. carbon. deterg. 10,0
Zinc. oxyd.
Talc. venet. āā 15,0
Glycerin. 5,0
Aq destill. ad 100,0
DS. äusserlich.

Ol. Rusci 5,0
Past. Mitin. ad 50,0
DS. äusserlich.

Man kann auch Teertinktur aufpinseln und nach dem Eintrocknen Mitinpaste darüberstreichen. — Mit dieser Behandlung steht auch die Erlaubnis, die Haut mit Seife und Wasser zu reinigen, im Einklang. Das ganze therapeutische Eingreifen entspricht hier chronischen Ekzemformen.

Wir kehren wieder in die Bahnen der bei akuten Prozessen nötigen Therapie zurück, wenn wir uns dem Ekzema vesiculosum acutum zuwenden, welches nur eine Steigerung der Exsudation beim erythematösen Ekzem bedeutet, da die bei diesem stets vorhandenen, minimalen Erhebungen ja mikroskopische Bläschen darstellen. Die Aufgabe der Therapie ist vor allem, zu verhüten, dass die Bläschendecken abgestossen, die tieferen Epidermisschichten blossgelegt werden, konfluieren und zu einer nässenden Fläche werden. Eintrocknen, das ist die therapeutische Losung. Die nötige Schonung der Horndecke bedingt natürlich, dass wir jede mechanische Läsion, jedes Aufweichen der Haut zu verhüten haben. Das Einfachste ist jedenfalls die Puder-

behandlung, sei es, dass wir die Pulver rein aufstreuen oder in Gestalt von Schüttelmischungen aufpinseln. Das schont und trocknet. Aber immer genügt es nicht, weil es die Exsudation nicht hemmt, die Entzündung an sich nicht beeinflusst. Und deshalb greift man bei lebhaft entzündeter Haut auch hier zu Umschlägen mit den beim erythematösen Ekzem genannten, adstringierenden Wässern, Liq. Alum. acet., Aq. boric., Solutio Resorcini, Aq. plumbi. Die Haut wird blasser, der Nachschub von Bläschen lässt nach. Aber aufpassen muss man dabei, dass die Haut nicht zu sehr aufgeweicht wird, was trotz der adstringierenden Eigenschaften der applizierten Flüssigkeiten geschehen kann. Durch zeitweiliges Aussetzen der Umschläge, Ersatz durch Puder, beugt man diesem Übelstande vor.

Mit allen Fetten sei man beim Bläschenekzem sehr vorsichtig; die Empfindlichkeit gegen dieselben ist auch in diesem Ekzemstadium unberechenbar. Jedenfalls hüte man sich vor dünnen Salben, die die Hornschicht erweichen oder gar mazerieren und die Luft abschliessen. Nur pulverhaltige Salben können hier überhaupt in Frage kommen, weil diese trocknen und schützen. Man streicht mit Vorsicht 10 % Zink-Mitin, Mitinpaste u. ähnl. auf. Darüber kann man Talcum streuen, um die Fläche ordentlich trocken zu legen. Das Aufstreichen wiederholt man zweimal täglich, ohne die vorherige Schicht zu entfernen, da mit jeder Reinigung eine Läsion der Bläschen bewirkt werden kann. Wo die Dicke der angetrockneten Schicht, die Spannung eine Entfernung nötig macht, bewirkt man sie durch sehr vorsichtiges Aufweichen mittelst Mandelöl oder zartes Abwischen mit Benzin oder durch Umlegen eines Dunstumschlages.

Von Medikamenten, die bei vesikulösen Ekzemen als Zusätze zu Pasten in Frage kommen könnten, nenne ich Tumenolammonium (2—10 %), Ichthyol (½—2 %), Thigenol (5—10 %), Bism. subnitr. (10 %), Xeroform

(10 %) und vor allem Tannoform (10 %), welches ich in letzter Zeit mit sehr gutem Erfolge oft verordnete:

Tannoform. 2,0
Pasta Mitin. 20,0
DS. äusserlich.

Sehr warnen möchte ich hier vor der viel gebrauchten Salizylsäure; die Salizylpasten, selbst in 2 % Konzentration, können die in diesen Fällen so leicht lädierbare Hornschicht noch zerstören. — Auch die viel gebrauchte Schwefelpaste passt niemals für ein akutes vesikulöses Ekzem, ebensowenig wie alle Teerpräparate. Vielleicht machen da das Empyroform (5 %) und Pittylen (5—10 %) eine Ausnahme, welche zuweilen auch bei der Blasenbildung vertragen werden und sehr gut das Jucken stillen. — Bevor ich weiter gehe, möchte ich aber beim akuten vesikulösen Ekzem nochmals zu grosser Vorsicht mit allen Fetten raten.

Ein Ekzema vesiculosum chronicum als solches gibt es eigentlich kaum; es stellt die Bläschenbildung stets nur die akute Exazerbation einer anderen chronischen Ekzemform dar; es ist ein akutes Ekzem auf chronisch ekzematöser Haut. Die Behandlung ist deshalb mit derjenigen rein akuter Bläschenekzeme identisch. Puder, Umschläge, trocknende Pasten (Tannoform-Mitinpaste) bilden die Hauptwaffen, zu denen man zuerst greift. Kommt man damit nicht zum Ziele, dann braucht man hier aber um so weniger ängstlich zu sein, je chronischer das zugrundeliegende Ekzem ist. Selbst bei subakuten Formen kann man schon dreister vorgehen, wenn man nur den Kranken kontrolliert, um bei jeder unbeabsichtigten Steigerung des Entzündungsprozesses zu indifferenterer Behandlung zurückkehren zu können. — Die energischeren Behandlungsmethoden, die bei torpideren Bläschenekzemen Platz greifen können, sind solche, die eine leichte Ätzwirkung ausüben. Ich möchte hier zunächst ein neues, dann ein sehr altes Mittel hervorheben, das Lenigallol und die

Wilkinsonsche Salbe. — Lenigallol, ein Derivat der Pyrogallussäure, wird als 10—20 %-Paste angewendet:

Lenigallol 5,0—10,0
Ol. jec. aselli 10,0
Pasta Mitin. ad 50,0
DS. äusserlich.

Meistens genügt die 10 %-Paste. Man streicht dieselbe dick auf die Haut. Nach einigen Tagen findet man die Bläschenstellen durch die freiwerdende Pyrogallussäure verätzt; an ihrer Stelle sitzen schwarze, kleine, trockene Borkchen. Diese Ätzung soll ohne jede Reizwirkung stattfinden. Ist die Haut so verändert, dann muss man das Lenigallol beiseite setzen, weil es sonst zur Pustelbildung kommen kann. Man gibt dann an dessen Stelle Mitinpaste mit oder ohne Tannoform, Tumenolammonium etc., bis die Haut sich geglättet hat. Diese Lenigallolätzung ist aber nicht immer so unschuldig; man muss sich vorsehen. — Das Ung. Wilkinsonii, dessen grosse Bedeutung für die Ekzemtherapie ich später noch zu würdigen haben werde, ist nur in ganz torpiden Fällen von vesikulösem Ekzem anwendbar. Ich möchte es fast als ultimum refugium bezeichnen, das aber oft glänzende Ergebnisse liefert. Wenn man eine solche chronisch kranke, bläschenbildende Haut dick mit Wilkinsonscher Salbe bestreicht, sieht man bei gutem Erfolge erstaunlich schnell, in 1—2 Tagen, die Bläschen eintrocknen, die Haut in ein Schälungsstadium treten. Um Wiederholungen zu vermeiden, verweise ich betreffs der Einzelheiten der Anwendung auf die späteren Erörterungen über die Rolle des Ung. Wilkinsonii beim chronischen Ekzem.

Das eigentlich typische Stadium des Ekzems, welches dem Leiden auch den Namen „nässende Flechte" gegeben hat, stellt das Ekzema madidum dar, eine sehr schwer zu behandelnde Hautveränderung. Die Therapie hat die Trockenlegung, die Beseitigung der übermässigen Exsudation, die Bildung einer neuen Horndecke sich zum Ziele zu stecken. Von uralter Zeit

her gilt als einzig richtige Behandlungsweise hier die Puderapplikation. Die Pulver sollen das Sekret aufsaugen und eine trockene Decke bilden. Das ist auch richtig. Für mässig nässende Hautflächen genügt es oft, Mischungen obengenannter Puder, Zinc. oxyd., Amyl., Talkum, Magn. carbon. etc. aufzustreuen, um ein schnelles Trockenwerden der Haut zu erzielen. Bei starker Exsudation reicht aber diese Therapie nicht aus, die ja dem Grundprozess, der Entzündung, gar nicht zu Leibe geht, sondern gewissermassen nur drainiert. Ausserdem birgt die Puderanwendung auch die Gefahr der Sekretretention. Hat man viel Pulver aufgeschüttet, die das ausgeschwitzte Serum aufsaugen, dann trocknen die äussersten, der Luft ausgesetzten Schichten leicht zu einer harten Schicht ein, das nachrückende Sekret kann nicht hindurch, fliesst nicht ab, staut sich an. Überall aber, wo Sekret, seröses oder eitriges, retiniert wird, gibt es bei Hautleiden eine Verschlimmerung des Prozesses. Aus diesen Gründen sollte der Behandlung mit indifferentem Pulver eigentlich nicht eine so grosse Rolle eingeräumt werden, wie sie sie gewöhnlich spielt. Man versuche diese Behandlung, zumal bei ganz akuten Fällen, im Beginne, halte sich aber mit ihr, wenn sie nicht bald Besserung bringt, nicht zu lange auf. An ihre Stelle tritt zunächst die adstringierende Therapie. Die Applikation adstringierender Pulver steht der einfachen Puderbehandlung am nächsten. Jedoch ist mir erst in letzter Zeit ein Pulver bekannt geworden, welches hier auch bei akuten Fällen verwendbar ist, ohne zu reizen. Es ist das Tannoform. Wenn man Tannoform, gemischt mit Talkum(1 : 2), auf die nässende Fläche aufstreut, dann die kranke Haut eine Zeitlang mit einem Wattebausch komprimiert, bis die Exsudation nachgelassen hat, und darüber noch indifferente Puder streut, ist der Erfolg zuweilen ein überraschender. Ich rate jedenfalls in schwierigen Fällen das Tannoformpulver zu versuchen. — Zuweilen hat mir auch Wismut gute

Dienste geleistet, und zwar in Gestalt der sogenannten Brandbinden. Man legt ein Stück Brandbinde in mehrfacher Schicht auf die Haut, darüber entfettete Watte und einen fest komprimierenden Verband. Überhaupt ist auf die Kompression bei nässenden Ekzemen grosser Wert zu legen. Ein fester Druck verengt die Blutgefässe, vermindert die Exsudation. Bei verschiedenen nässenden Ekzemen kann man leicht beobachten, wie das feste Gegendrücken eines trockenen Wattebausches in etwa zehn Minuten schon die Sekretion vermindern, ja zum Stillstand bringen kann. Wo man einen festen Druckverband anlegen kann, da ist die Kompression in unseren Fällen ein nicht hoch genug zu schätzender Hilfsfaktor. — Wo aber auch die adstringierenden Pulver nichts nützen, da muss man zu den adstringierenden Flüssigkeiten greifen, die oben genannt sind. Ich möchte denselben noch hier das 10 % Decoct. cort. Quercus anreihen, welches zu Umschlägen bei nässenden Ekzemen sich vorzüglich eignet.

Diese feuchten Umschläge stellen nach meinen Erfahrungen die allerbeste und allersicherste Behandlung des nässenden Ekzems dar. Während früher die Pudertherapie, die Trockentherapie, in erster Reihe stand, möchte ich die feuchte Behandlung als die Therapie der Wahl für das akute Ekzema madidum bezeichnen. Ich greife jetzt, wenn es sich um ernstere Fälle handelt, am besten sofort zu Umschlägen resp. Dunstverbänden mit essigsaurer Tonerde, Resorzinlösung, Eichenrindenabkochung. Es klingt ja eigentümlich, aber oft legt nichts die nässende Haut so schnell trocken, wie die nasse Behandlung. Auf diese lasse ich dann erst die Puder-, eventuell die Pastenbehandlung folgen. Die Art der Verwendung der Umschläge weicht in keiner Weise von der beim Ekzema erythematosum und Ekzema vesiculosum geschilderten ab.

Nun gibt es aber Fälle genug, wo die Puderbehandlung, ebenso wie die leicht adstringierende nicht

zum Ziele führt. Da muss man zu heroischeren Mitteln greifen, da tritt die ätzende Therapie in Funktion. Natürlich darf kein Ätzmittel gebraucht werden, welches etwa das Korium zerstört und Narbenbildung bedingt. Das Ekzem heilt stets ohne Narben und muss es auf alle Fälle. Jede tiefergreifende Therapie ist hier verpönt. Das Ätzmittel, welches ganz allein hier am Platze ist, ist das Argentum nitricum, welches eine rein oberflächliche Wirkung entfaltet, die aber für unsere Zwecke genügt. Die Behandlung des nässenden Ekzems mit Argentum nitricum liefert die denkbar besten und schnellsten Heilresultate, wenn man sie in richtiger Weise übt. Ich habe es erst durch lange Übung mit der Zeit gelernt, diese Methode richtig zu handhaben. Ich will sie so schildern, wie ich jetzt vorgehe. Ich benutze eine 2—5—10 % wässrige Lösung von Arg. nitricum; nur in ganz torpiden Fällen nehme ich eine alkoholische Lösung. Zuerst reinige ich die kranke Fläche, eventuell mit Zuhilfenahme eines in Benzin getauchten Wattebausches, komprimiere dann mit trockenem Wattebausch einige Minuten die ausschwitzende Haut, um nun mit einem kleinen Wattebäuschchen, welches in die betreffende Höllensteinlösung getaucht ist, dieselbe zu bestreichen. Den Gebrauch von Pinseln perhorresziere ich, ebenso wie den Höllensteinstift. Die Beizung hat zunächst eine starke Zunahme der Exsudation etc. zur Folge; die Haut schwitzt sehr stark aus. Dieses Stadium gesteigerten Ausschwitzens muss abgewartet werden, bevor man weiter vorgeht. Es dauert oft bis zu einer halben Stunde und noch mehr; man kann es durch Kompression abkürzen. Jedenfalls muss man, eventuell durch nochmaliges Bepinseln, eine festhaftende Decke von Silberalbuminat erzielen, bevor man die Ätzung für vollzogen hält. Pinselt man nur über, verbindet gleich, dann wird das Silberalbuminat von dem nachrückenden Sekret sofort weggespült; der Effekt ist gleich Null. — Ist nun die kranke Fläche

trocken, mit der weissen Schutzdecke überzogen, dann streue ich etwas Tannoformpuder darüber und lasse wieder mit Watte komprimieren. Bleibt die Haut dann trocken, dann decke ich sie entweder mit indifferentem Puder oder ich lege auch Tannoform-Mitinpaste auf. Dabei ist aber zu beachten, dass letztere auf porösen Stoff (Mull, Leinwand) gestrichen oder mit solchem gedeckt sein muss, damit ja die Sekrete austreten, die Luft hinzutreten kann. Selbst Lint ist hier zu dicht, von undurchlässigen Stoffen gar nicht zu reden.

Sehr oft genügt eine derartige einmalige Ätzung, um langdauerndes Nässen zum Verschwinden zu bringen. Bei anderen Fällen muss man das Verfahren noch mehrmals wiederholen. Das tue man dann nach vierundzwanzig Stunden selbst; bis dahin lege man, wo irgend angängig, einen festen Verband an.

Mit Absicht habe ich dieses Verfahren ausführlicher geschildert, weil es nur, wenn es mit grosser Pedanterie ausgeführt wird, Erfolg verbürgt. Es kostet Zeit und Geduld, aber man wird dafür auch belohnt.

Von sonstigen Ätzmitteln sind auch hier noch die Wilkinsonsche Salbe und das Lenigallol zu nennen. Wie beim Bläschenekzem lässt sich auch beim nässenden Ekzem oft eine eklatante Besserung durch dickes Auftragen von Ung. Wilkinsonii erzielen; so werden wir bei den Besprechungen der so häufigen Gesichtsekzeme der Neugeborenen dieser Therapie begegnen. Aber stets sind es torpidere Fälle ohne lebhafte Entzündungserscheinungen. Für ganz akute Fälle von nässenden Ekzemen eignet sich die Wilkinsonsche Salbe nie. — Die Lenigallolätzung, wie sie beim vesikulösen Ekzem geschildert ist, kann schon eher, für subakute Fälle wenigstens, in Frage kommen. Aber nur bei sehr mässigem, nicht zu diffusem Nässen verheisst die Lenigallolpaste einen Erfolg. Man kann sie ja versuchen, aber halte sich nicht lange damit auf, wenn nicht baldige Besserung eintritt.

Salben sind beim nässenden Ekzem so gut wie nie am Platze. Und doch wie oft findet man dieselben verordnet. Das Fett ist undurchlässig, verhindert den Abfluss des ausgeschwitzten Sekretes; die in den Salben enthaltenen Heilmittel kommen überhaupt kaum dazu, ihre Wirkung zu entfalten. Da Flüssigkeit und Fett sich nicht mischen, schaltet sich das Exsudat zwischen das Heilmittel und die erkrankte Hautfläche und hält es von letzterer fern. Dazu kommt noch, dass überhaupt die nässende Ekzemhaut gegen Fette meistens intolerant ist. — Eher können Pasten in Frage kommen, die einerseits poröser sind, der Flüssigkeit den Durchtritt gestatten, andererseits infolge ihres Pulvergehaltes austrocknend wirken. So kann man beispielsweise bei sehr mässigem Nässen mit 10% Tannoform-Mitinpaste Erfolg haben; auch die einfache Mitinpaste genügt oft zum Trockenlegen.

Das Arbeitsgebiet für Salben und Pasten beginnt, wenn die Haut trocken geworden, überhornt ist, die Hyperämie beseitigt, die zurückbleibende Schuppung weggeschafft, das Jucken gestillt werden soll, sofern nicht auch dann noch die viel sauberere Applikation von Pudern und Schüttelmischungen genügt.

Nur eine Modifikation des nässenden Ekzems ist das Ekzema crustosum, welches ja durch Eintrocknung des Sekrets entsteht, wobei die Behaarung der Haut die Krustenbildung sehr fördert. Die Therapie erheischt hier nur, das Ekzema crustosum in ein Ekzema madidum überzuführen, d. h. die Krusten zu entfernen. Das muss aber ohne Hautreizung geschehen. Meistens kann man die Entfernung sehr sanft mit der Pinzette bewirken. Haften sie sehr fest, dann erweicht man sie durch einen Dunstverband oder durch fleissiges Einölen mit Ol. amygd. dulc. Die erweichten Krusten hebt man dann ab, hat nunmehr die sezernierende Hautfläche vor sich und behandelt diese, wie es soeben beim nässenden Ekzem geschildert ist.

Welche Präparate sind nun bei einem zurückgehenden Ekzem, nachdem das vesikulöse, nässende Stadium in sehr ausgesprochener oder in mehr abortiver Weise abgelaufen ist, indiziert? Wir müssen da von den bekannten Präparaten vor allem das Ung. diachylon Hebrae erwähnen, welches sich ja allergrösster Beliebtheit erfreut. Nicht ganz mit Recht! Es wirkt ja zuweilen ganz gut, öfter versagt es aber und recht oft schadet es direkt. Das Präparat wird eben nicht immer vertragen, zumal es leicht verdirbt. Man hat, um dem Verderben vorzubeugen, vielfach Karbolsäure $^1/_2$ % zugesetzt (Ung. diachylon carbolisatum), ein sehr wenig zu billigendes Beginnen. Wir haben an anderer Stelle gesehen, wie different die Karbolsäure gleich den meisten Antisepticis für die Ekzemhaut ist; da ist es leicht verständlich, dass dieser Zusatz die in Rede stehende Salbe nicht verbessert. Will man ein gutes Präparat haben, dann muss man die Salbe stets frisch verschreiben:

Emplastr. diachyl. Hebrae 25,0
leni calore liquef., adde Mitin. 25,0
Tere usque ad perfectamrefrigerationem.
DS. äusserlich.

Einfacher ist es, die gewöhnliche Bleisalbe anzuordnen, aber nicht mit Adeps suillius.

Plumb. acet. 5,0
Mitin. ad 50,0
DS. äusserlich.

Sehr willkommen ist oft eine 10 % Zink-Mitinsalbe, auch ein sehr schwaches ($^1/_4$—$^1/_2$ %) Salizyl-Mitin. Die Mitinsalben haben den Vorzug, dass sie etwas kühlen, leicht eindringen und nur mässig fetten.

Ein viel gepriesenes Antiekzematosum, das Naftalan, muss hier erwähnt werden. Mit diesem Präparate geht es mir ganz eigenartig; ich habe ganz auffallende Erfolge, aber noch mehr Misserfolge gesehen. Indifferent ist es jedenfalls nicht. Bei hartnäckigen Fällen, bei welchen andere Mittel die Sache nicht recht fördern wollen, lohnt es jedenfalls, Naftalan zu probieren; be-

sonders bei Handekzemen rate ich dazu. Man bestreicht die Haut ganz dick und verbindet mit Mull oder Leinwand, welche auch mit Naftalan bestrichen sind. Bei gutem Erfolge wird die Haut schnell blasser, glatter, Tritt nicht bald eine Besserung ein, dann wendet man sich anderen Heilverfahren zu. Über das Konkurrenzpräparat des Naftalan, das Nafalan, habe ich keine eigene Erfahrung.

Im allgemeinen ziehe ich bei allen in Rückbildung begriffenen, in ein subakutes Stadium eingetretenen, nicht mehr blasenbildenden, nicht mehr nässenden Ekzemen die Pasten vor und verordne die in Frage kommenden Heilmittel in Pastenform. Als Basis benutze ich Mitinpaste. Nur bei behaarten Stellen sind die Pasten nicht zu empfehlen.

Wo starkes Jucken besteht, gebe ich Tumenolammoniumpaste (2—10 %), bei lebhafter Rötung Ichthyolpaste (1—2 %) oder Thigenolpaste (10 %). Natürlich kann man auch kombinieren, z. B.

Tumenolammonii 2,5
Ichthyol. 1,0
Ol. jecoris aselli 10,0
Pasta Mitin. ad 50,0
DS. äusserlich.

Tumenolammonii 2,5
Thigenol. 5,0
Ol. jecoris aselli 5,0
Pasta Mitin. ad 50,0
DS. äusserlich.

Ist die neue Hornschicht aber dünn, durchscheinend, leicht lädierbar, dann ziehe ich 10 % Tannoform-Mitinpaste vor.

Bevor wir die Erörterung des Ekzems vom erythematösen Stadium bis zum Rückgang des nässenden Stadiums, wobei es sich ja meistens um akute Prozesse handelt, schliessen, müssen wir noch mit wenigen Worten die Frage streifen: Wann kann man wieder mit regelmässigen Waschungen, zumal unter Benutzung von Seife, beginnen? Es ist sehr heikel, darauf eine Antwort zu geben, da es kaum möglich ist, den Zeitpunkt zu bestimmen, den dazu nötigen Hautzustand mit Worten zu schildern. Ich will mich darauf beschränken, dringend vor Seifenwaschungen zu warnen, solange die Horn-

schicht sehr dünn ist, die Hyperämie noch fortbesteht, Schwellung vorhanden ist, der geringste Verdacht auf Hervorspriessen von Blasen vorliegt. Lieber einige Wochen später mit Seife waschen, als einen Tag zu früh; man kann es sonst bitter büssen. Erlaubt man endlich eine Waschung, dann lässt man eine ganz milde Seife nehmen, nur sanft vorgehen, sorgsam tupfend abtrocknen und gleich darauf wieder einpasten. Wird die erste Waschung gut vertragen, dann wird man zuversichtlicher und geht allmählich zu normaler Reinigung über. Als milde Seife empfehle ich die Mitinseife. — Als nützlich habe ich den Zusatz von Glyzerin zum Waschwasser (einen Esslöffel auf $^1/_2$ Liter Wasser) erkannt.

Der Therapie einer besonderen Abart des Ekzems haben wir hier noch zu gedenken, des Ekzema impetiginosum, bei dem, wahrscheinlich meistens durch Kokkeninfektion, Pusteln und Follikulitiden das Krankheitsbild komplizieren. Hier sind alle Salben und Pasten wenig von Vorteil. Hier müssen Mittel angewendet werden, welche die Decke der Eiterherde entfernen und den Grund desinfizieren. Die dazu führenden Mittel sind Dunstverbände; 2 % Liq. Alum. acet., gemischt zu gleichen Teilen mit 3 % Aq. borica, eignet sich dazu. Noch besser ist 50 % Spiritus. Alle 2 bis 4 Stunden wechselnd, setzt man die Verbände fort, bis die Eiterherde geschwunden sind, um dann zu Pasten überzugehen, denen ich hier gerne Borsäure zusetze:

Acid. boric. 5,0
Pasta Mitin. ad 50,0
DS. äusserlich.

Alle übrigen Heilmethoden, die für impetiginöse Ekzeme empfohlen sind, haben mir keine guten Erfolge gezeitigt. Sind die erkrankten Flächen so ausgedehnt, dass sich die Behandlung mit Dunstverbänden schwer durchführen lässt, dann entferne ich die Pusteldecke durch Reiben mit in 50 % Alkohol getauchter Watte,

reinige den Grund, pudere Xeroform oder Tannoformpuder auf und streiche Mitinpaste darüber. Regelmässige Reinigung mit Alkohol oder auch mit Benzin zu bewirken, ist dabei dringend notwendig.

Mit der Besprechung der Therapie des Ekzema squamosum betreten wir ein Gebiet, in dem es sich um Prozesse von chronischem oder wenigstens subakutem Charakter handelt, in dem dementsprechende, differentere Ursachen ebenso die Regel bilden, wie sie bei den anderen Formen die Ausnahme waren. Das squamöse Ekzem stellt einerseits das Endstadium jeder anderen Ekzemgestaltung dar, entsteht andererseits von vornherein als solches, und dann mit exquisit chronischem Verlauf. In letzterem Falle können die im folgenden zu schildernden Verfahren mit mehr oder weniger Intensität sofort eingreifen, im ersteren Falle muss man vorsichtig sein und von den oben geschilderten Massnahmen, sofern sie nicht Erfolge erzielen, allmählich zu den jetzt zu besprechenden übergehen. Die am Schlusse der Therapie des nässenden Ekzems erwähnte Nachbehandlung wird in die eigentliche Therapie des squamösen Ekzems sanft übergeleitet, wenn nicht Heilung unter ihr eintritt. — Doch bevor wir den einzelnen, äusseren Heilverfahren näher treten, muss auch hier hervorgehoben werden, dass einerseits die innere Therapie bei chronischen Ekzemen eine grosse Bedeutung hat, andererseits äusseren ursächlichen Momenten in jeder Weise Rechnung zu tragen ist. Die innere Medikation besteht, soweit nicht interne Leiden ihr eine bestimmte Richtung geben, in der Darreichung von Arsen, Schwefel, Ichthyol nach der im allgemeinen Teil geschilderten Weise. Dabei hebe ich hervor, dass man auch kleine Kinder furchtlos einer Arsenbehandlung unterziehen kann, sei es, dass man ihnen 1—3—6 Tropfen Liq. arsen. Fowleri, allmählich steigend, in starker Verdünnung nach dem Essen gibt, sei es, dass man sie dreimal täglich 20 Tropfen bis zu einem Teelöffel

Roncegno in einem Glase Wasser bei vollem Magen nehmen lässt.

Unter den zu berücksichtigenden äusseren Ursachen nenne ich gewerbliche Schädigungen und Phlebektasien. Die Stauungsdermatosen, auf Varicenbildung beruhend und fast ausschliesslich am Unterschenkel lokalisiert, stellen sich ja meistens als schuppende Ekzeme mit mehr oder weniger starker, infiltrativer Verdickung der Haut dar. Sie erheischen in erster Reihe energische Kompression, der also auch bei chronisch-squamösen Ekzemen eine grosse Rolle bei Phlebektasien zukommt. Ohne dieselbe sind alle Heilverfahren fast stets resultatlos.

Die Therapie des Ekzema squamosum gestattet ein viel energischeres Vorgehen bei der Hautreinigung; Wasser und Seife sind hier meistens mit Vorteil zu gebrauchen. Ganz sorglos darf man aber auch da nicht sein. Bei den Formen, die aus akuten nässenden Ekzemen hervorgegangen sind oder die zu akuten Inflammationen neigen, muss man sich vorsehen. Man mache sich die folgende Waschung von dem Erfolge der früheren abhängig. Je chronischer, schleichender, torpider der Prozess ist, um so rücksichtsloser wird man mit Seife und Wasser wirtschaften, um so eher wird man zu der scharf wirkenden Kaliseife greifen. Sehr empfehlenswert ist bei den meisten schuppenden Ekzemen, zu den Waschungen recht heisses Wasser (36—45° C) zu nehmen. Die durch dieses ausgelöste Vasodilatation mit Hyperämie hat, wenn man die Heisswasser-Applikation nicht zu sehr ausdehnt, nachträglich eine Vasokonstriktion mit Anämie zur Folge, was die Heilung begünstigt.

Die sonst üblichen Reinigungsmittel, wie Spiritus und Benzin, kann man beim squamösen Ekzem recht reichlich verwenden. Sie schaden nie und legen die kranke Fläche gut bloss.

Das souveräne Heilmittel gegen das Ekzema squamosum stellen die Teerpräparate dar, die dazu, wie hervorgehoben, den grossen Vorzug haben, das stets

sehr lebhafte Jucken günstig zu beeinflussen. Die bekannten Teeröle, Ol. Rusci, Ol. Cadini, Ol. Lithantracis sind mir die willkommensten. Ihre Applikation muss aber dem jeweiligen Zustande der Haut, der Reizbarkeit derselben angepasst werden. Man muss die Wirkung abstufen können und das geht ganz gut. Die allermildeste Darreichung ist die Verordnung einer Teer-Mitinpaste, wobei man noch durch Wahl der Konzentration graduieren kann. Die 10 %-Paste ist die üblichste, aber man darf nicht verabsäumen, wo irgend eine grössere Empfindlichkeit der Haut vorliegt, selbst mit einer 1 % zu beginnen und erst allmählich zu steigen. So manchmal wird Teer nicht vertragen, weil es zu stark dosiert war. Nächst der Paste kommt die 1—10 % Teer-Mitinsalbe, der man bei sehr trockener, spröder Haut vor der Paste den Vorzug geben wird. Energischer ist die Anwendung von Teertinkturen, die auf die Haut aufgepinselt werden. Man erzielt mit ihnen sicherlich stärkere Wirkungen, aber man muss schon vorsichtiger sein. Wo die geringste Furcht vor Reizung besteht, da tut man gut, die bepinselte Haut nach dem Eintrocknen der Tinktur mit einer milden Salbe oder Mitinpaste zu decken; das beugt Entzündungen vor. — Die Teerpinselungen sind auch die Vorbereitung zum Teerbad, welches ja nur das Baden bei eingeteerten Körpern bedeutet. Einer weiteren Steigerung ist die Teerapplikation dadurch fähig, dass man keratolytische Substanzen zusetzt, wie Salizylsäure (5—10 %) und Seife (10—30 %). Diese Salben resp. Pasten entfalten eine sehr energische Wirksamkeit, die höchste aber die Wilkinsonsche Salbe, welche wir bald gesondert besprechen werden.

Die neuen Teerpräparate, Anthrasol, Pittylen und Empyroform, stehen an Energie der Wirkung sicher den alten Teerölen nach. Dafür haben Anthrasolsalben den Vorzug der Farblosigkeit, was besonders im Gesichte stets wichtig ist. Übrigens färbt auch das Ol.

Cadini sehr wenig, ebenso wie eine in Wien gebräuchliche Sorte von Ol. Rusci, die aber nicht so wirksam ist, wie die bei uns gebräuchliche. — Empyroform und Pittylen haben eine graue Farbe, werden aber selbst bei gereizter, sogar zu Bläschenbildung neigender, schuppender Ekzemhaut oft gut vertragen, so dass ich sie als 5—10 %-Salbe oder 5—10 %-Paste empfehlen kann; sie wirken auch juckstillend. — Das Liantral mit Ung. Caseini ist wohl meistens entbehrlich; dass es nicht fettet, ist ja ein Vorzug. Hin und wieder, so beim Analekzem, kann man es mit Vorteil verwenden. — Die Handhabung der Teerbehandlung beim squamösen Ekzem erfordert, abgesehen von der Dosierung und Applikationsweise, doch noch eine besondere Beachtung. Man kann sie nicht immer bis zur Heilung ununterbrochen fortsetzen. Pausiert muss werden, wenn die Haut gereizt wird, oder wenn follikuläre Eiterherde entstehen. Aber auch ohne diese Folgezustände muss man zuweilen die Teerbehandlung unterbrechen, wenn die Haut sehr spröde, trocken wird, zum Rissigwerden neigt. Dann muss man Mittel anwenden, welche der Haut ihre Geschmeidigkeit wiedergeben, wie Zinksalben, Tumenolsalben, eventuell auch milde Salbenmulle (Zinksalbenmull oder Zink-Ichthyolsalbenmull) auflegen. Haben diese Mittel der Haut ihre Sprödigkeit genommen, schuppt sie aber nach wie vor, dann beginnt man wieder mit dem Teer. Ein Zyklus Teertherapie wechselt so ab mit einem Zyklus milder Salbenbehandlung.

Eine hervorragende Stellung nimmt die Wilkinsonsche Salbe ein. Ihre Hauptindikation bildet das Ekzema squamosum, besonders wenn es sehr inveteriert, die Haut durch Infiltration verdickt ist.

Aber auch beim bläschenbildenden und nässenden Ekzem, wenn es sich nur um chronische Prozesse handelt, sind wir dieser Teer-Schwefel-Seifen-Salbe begegnet, da sie auch hier eine vorzügliche Wirkung zu entfalten vermag. Die Salbe wird auf die ge-

reinigte Haut dick aufgestrichen; wird die Stelle verbunden, dann genügt ein Verbandwechsel täglich. Im andern Falle streicht man morgens und abends auf. Das setzt man ungefähr eine Woche fort, ohne in der Zeit zu waschen und zu reinigen, aber nicht ohne in der Zeit die Haut selbst zu kontrollieren. Denn es kann sehr wohl vorkommen, dass sich neue Blasen bilden, die dann sogar sehr gross und von einer dicken Hautdecke überzogen sind; es kann selbst sein, dass die trockene Haut anfängt zu nässen. Wenn dieses der Fall, muss man sofort die Wilkinsonsche Salbe mittelst Benzin möglichst entfernen und eine austrocknende Paste, z. B. Tannoform-Mitinpaste, auflegen. Kommen solche unangenehme Intermezzi nicht vor, dann setzt man die Applikation der Salbe fort, bis die Haut sich in grossen Lamellen abzulösen beginnt, wobei eine trockene, reizbare Haut zutage treten muss. Dann erst löst man die Wilkinsonsche Salbe durch eine mildere (Zink-Mitinsalbe) oder eine Paste (Mitinpaste) ab, nachdem man die Haut mit Benzin und lauwarmem Seifenwasser gereinigt hat. Nach einigen Tagen lässt sich dann übersehen, was man erreicht hat. Genügt das Ergebnis nicht, dann beginnt man nach etwa einer Woche von neuem mit Ung. Wilkinsonii. Je nach der Hartnäckigkeit des Leidens, je nach der Derbheit der Infiltration, je nach der Torpidität der Haut, muss man mehr oder weniger solche Zyklen durchmachen. Was man da erreicht, ist oft ganz ausserordentlich viel, so dass ich nicht anstehe, die konsequente Durchführung der Behandlung mit Wilkinsonscher Salbe, wofern sie nur methodisch erfolgt, als die wirksamste Therapie alter, schuppender, infiltrierter Ekzeme zu bezeichnen. —

Die Formel für die alte Wilkinsonsche Teer-Schwefel-Seifen-Salbe habe ich folgendermassen modifiziert:

Ol. Lithantrac.	Pic. liquid.
Flor. sulf. ää 10,0	Flor. sulf. ää 10,0
Sapon. kalin.	Sapon. kalin.
Past. Mitin. ää 20,0	Past. Mitin. ää 20,0
DS. äusserlich.	DS. äusserlich.

In gleicher Weise wird Ol. Rusc., Ol. Fagi, Ol. Cadini verschrieben. Am besten wirkten jedenfalls die Pasten mit Ol. Lithantrac. und Pix liquid. — Die mit Ol. Rusc. vienn. und Ol. Cadin. bereiteten Pasten fallen durch ihre Farbe am wenigsten auf. —

In ähnlicher Weise kann man Pasten mit Antrasol, Empyroform, Pittylen verschreiben:

Antrasol.	Pittylen.
Flor. sulf. ää 10,0	Flor. sulfur.
Sapon. kalin.	Ol. jecor. asell.
Past. Mitin. ää 20,0	Sapon kalin.
DS. äusserlich.	Past. Mitin. ää 20
	DS. äusserlich.

In der Wilkinsonschen Salbe ist ja Schwefel enthalten; welche Rolle er in der Komposition spielt, lässt sich bei der Kompliziertheit derselben nicht feststellen. Die Bedeutung des Schwefels für die Behandlung der schuppenden Ekzeme ist aber auch an sich eine grosse, jedoch sind das nur bestimmte Formen des Leidens, die man als Ekzema seborrhoicum zusammenfasst. Dieses durch seine Eigenart sich sehr abhebende Ekzem, welches vielleicht mit der Zeit ganz wird abgezweigt werden, reagiert in seiner subakuten und chronischen Form auf Schwefel prompt, so dass man fast verleitet werden könnte, von einem Spezifikum zu sprechen. Die akute Form, welche als erythematöses, nässendes Ekzem auftritt, mit Vorliebe auch starke Krustenbildung bedingt, gehört hier nicht her, erfordert ja auch keine von dem geschilderten Schema abweichende Therapie. Sobald es aber als squamöses Ekzem subakuten oder chronischen Charakters sich kundgibt, wird es Objekt der Schwefelbehandlung, sei es, dass es sich um diffus erkrankte Flächen handelt, wie beispielsweise an der Kopfhaut, sei es, dass es in zerstreuten

Herden psoriasiform auftritt. Dabei sind aber ausserordentlich viele Abstufungen zu machen, soll man nützen und nicht schaden. Letzteres ist nämlich sehr leicht möglich, da der Schwefel an sich ein sehr differentes Heilmittel ist, ausserdem aber sehr häufig eine ganz besonders lebhafte Idiosynkrasie gefunden wird. Man geht daher vorsichtig vor. Je akuter der Prozess ist, je reizbarer die Haut scheint, in desto schwächerer Konzentration verordnet man Schwefel, desto eher wird man den Pasten den Vorzug geben. Von den verschiedenen Schwefelpräparaten ziehe ich Sulfur praecipitatum (Flores sulfuris) vor, weil es am feinsten pulverisiert ist. Die Dosierung schwankt zwischen 1—10 %. Die Haut im Beginne der Behandlung richtig darauf zu taxieren, eine wie starke Schwefelsalbe oder Schwefelpaste man ihr zumuten darf, ist sehr schwer. Die Entwickelung des Leidens, die augenblickliche Reizbarkeit der Haut, die Gestaltung der Affektion, die natürliche Zartheit der Haut, das sind alles Faktoren, die mitzusprechen haben, die man bei der Verordnung in schnellem Entschlusse abwägen muss. Aber man kann sehr leicht irren und deshalb muss man stets die Patienten bei der Verordnung darauf hinweisen, dass sie sich bei unerwarteter Hautreizung sofort vorzustellen haben. Man versucht dann erst eine schwächere Konzentration, bevor man sich vom Schwefel abwendet. — Beachten muss man auch, dass Schwefel oft die Haut sehr spröde macht, so dass dieselbe rauh und schinnig bleibt, nachdem der Krankheitsprozess geschwunden ist. Man muss deshalb die Schwefelmedikation zur richtigen Zeit durch milde Fette ersetzen. Oftmals empfiehlt es sich auch, am Tage geschmeidige Salben, zur Nacht Schwefelpasten zu geben.

Wo Sulfur praecipitatum absolut nicht vertragen wird, oder von vorneherein die Reizbarkeit der Haut eine sehr hohe zu sein scheint, da greift man zu den bereits erwähnten schwefelhaltigen Heilmitteln, Ichthyol

und Thigenol. Aber dieselbe Energie wie der Sulfur praecipitatum entfalten diese nie. Das neue Sulf. colloidale (Sulfidal) ist des Versuches wert.

Dagegen rivalisiert mit grossem Erfolge das Resorzin mit dem Schwefel. Das reduzierende Resorzin beeinflusst die seborrhoischen Ekzeme oft ausgezeichnet. Aber hier muss man noch vorsichtiger mit der Dosierung sein und noch mehr auf individuelle Überempfindlichkeit gefasst sein. Die schuppenden, seborrhoischen Ekzeme erheischen Resorzin nur, wenn sie ohne Hautreizung einhergehen. Man gibt dann am besten eine 5—10 % Resorzin-Mitinpaste und lässt dieselbe fortsetzen, bis die Haut sich glättet. Eine Verfärbung der Haut bleibt gewöhnlich noch einige Zeit zurück.

Leichte seborrhoische, schuppende Ekzeme reagieren auch ausgezeichnet auf Hydrargyrum praecipitatum album und Hydrargyrum oxydatum flavum. Ersteres ist als 10 % Salbe besonders im Gesichte und an der Kopfhaut mit Recht sehr beliebt, während das seborrhoische Augenlidrandekzem nur eine 1 % Salbe erheischt. In dem letztgenannten Falle ist auch das Hydr. oxydatum flavum in gleicher Konzentration von grossem Nutzen.

Schwere seborrhoische Ekzeme, die auf Schwefel, Resorzin, Teer etc. nicht weichen, werden oft vorzüglich durch Chrysarobin beseitigt. Hier verhalten sich die psoriasiformen Ekzeme ebenso, wie die Psoriasis. Man reibt eine 1—5 % Salbe oder Paste fest in die kranken Stellen zweimal täglich ein, bis die umgebende Haut sich zu röten beginnt; dann Nachbehandlung mit Mitinpaste etc. Für das Gesicht eignet sich diese Behandlung mit Rücksicht auf die zu befürchtende Conjunktivitis natürlich nicht. Hier kann man mitunter im Notfall zur Pyrogallussäure, aber nur 1—5 %, greifen.

Wir verlassen das squamöse Ekzem nicht, ohne noch einiger heroischer Kuren zu gedenken, welche ganz hartnäckige, schuppende Ekzeme herausfordern. Als

solche nenne ich die Applikation der Kaliseife und der Kalilauge. Die eine Keratolyse hervorrufende, die tieferen Epidermisschichten blosslegende, bei sehr starker Anwendung sogar die Haut verschorfende Kaliseife legt man in bösen Fällen für 12—24 Stunden auf, um dann mit milderen Mitteln in der Behandlung fortfahren. Vorübergehend kann starke Reizung, sogar Nässen hervorgerufen werden; aber dieser akute Entzündungszustand leitet eine Besserung des torpiden Prozesses — und nur um einen solchen darf es sich handeln — ein. Die Verätzung der Epidermis durch tüchtiges Abreiben mit 15% Kalilauge hat schon F. Hebra empfohlen. Es ist ein schmerzhaftes Verfahren. Die Epidermis wird zerstört, die Haut wird blasig, nässend, exkoriiert, fast wund. Aber bei geeigneter Nachbehandlung heilt alles schnell ab. Zu einer solchen empfehle ich Umschläge mit sehr verdünnter Sol. Kali caustici (1:5000), später Puder und Pasten. Die eingreifende Kur ist nur am Platze, wenn das Leiden sehr alt, die Haut derb infiltriert ist, die Teerbehandlung, insbesondere auch die Behandlung mit Ung. Wilkinsonii versagt.

Zum Schlusse noch eine seltene Abart des Ekzems, die zustande kommt, wenn die in grosser Menge produzierten Hornzellen nicht durch Schuppung lebhaft abgestossen werden, sondern untereinander kohärent sind, zu einer dicken, diffusen Schwiele verschmelzen, welche die Haut deckt. Die Starre und Trockenheit der Haut bedingt leichtes Platzen, Entstehung von Rhagaden, welche schmerzhaft sind. Die Therapie dieser meistens an Palma manus und Planta pedis sitzenden Affektion erfordert in erster Linie eine Beseitigung der dicken Hornschicht. Bevor diese weg ist, ist jede Behandlung nutzlos, da die Schwarte die angewandten Heilmittel von der kranken Basis fernhält. Auch die Risse heilen nur dauernd, wenn man die Hornschicht entfernt. Die Therapie hat also in erster Reihe eine keratolytische

zu sein. Dazu stehen uns chemische und physikalische Verfahren zu Gebote: Von letzteren sind alle Dunstverbände geeignet, die dicken Hornschwarten aufzuweichen. Eine in einfaches Wasser getauchte Kompresse, vollkommen gedeckt von undurchlässigem Stoff, erfüllt den Zweck. Fördernd wirken auch heisse Lokalbäder (40 bis 50° C). Diesen setzt man zweckmässig Seife zu, welche ja ein starkes Keratolytikum ist, und zwar ein um so stärkeres, je alkalischer, je weicher sie ist. Energischer wirken Verbände mit einer Seife oder gute Seifenpflaster. Man zieht hier natürlich die undurchlässigen Pflaster (Guttaplaste; Paraplaste) vor. Sehr zu empfehlen ist die Verbindung der Seife mit dem besten, chemisch wirkenden Keratolytikum, der Salizylsäure in hoher Konzentration. Das Salizylseifenpflastermull, wie die stärksten Salizylpflastermulle sind ausgezeichnete Erweichungsmittel für hyperkeratotische Ekzeme. Man legt sie auf, bis die Hornschicht in eine weisse, weiche, abhebbare Masse verwandelt ist; die hervortretende Haut ist dünn, rosigrot. Jetzt muss die Behandlung einsetzen, welche der Neubildung der Hyperkeratose entgegenwirken soll.

Salben resp. Salbenmulle sind hier mehr am Platze als die austrocknende Paste. Man setzt den Salben Ichthyol (1—2 %), Teer (1—10 %), Schwefel (1—10 %) zu. Stets aber mischt man noch etwas Salizylsäure (2—5 %) bei, um die Hornzellen zu beeinflussen und an der Bildung dicker Schichten zu verhindern. Zwischenein heisse Seifenbäder. Nur grosse Ausdauer führt zum Ziele.

Ätzungen mit Kali causticum sind, seitdem wir die prächtige Wirkung der Salizylsäure kennen, hier fast nie nötig.

Nachdem wir die Therapie der Ekzeme in den verschiedenen Gestaltungen eingehend erörtert haben, bleibt uns noch übrig, den verschiedenen Lokalisationen der Ekzeme eine Besprechung zu widmen.

Es ist das durchaus notwendig, da sich aus der Örtlichkeit vielfach Modifikationen unseres therapeutischen Handelns ergeben, welche berücksichtigt sein wollen. Es wird ja dabei nicht ohne manche Wiederholungen abgehen, aber das ist unvermeidlich, im Interesse der besseren Einprägung wohl auch nicht schädlich.

Die Kopfekzeme erfordern, wenn irgendwie stärkere Krustenbildung besteht, was oft der Fall ist, zunächst eine gründliche Reinigung. Gerade hier verfilzt das Haar oft mit den Borken so sehr, dass es zur Sekretretention kommt, was sich durch Schwellung der Nacken-, Ohr- und Halsdrüsen kundgibt. Wo dichtes, langes Haar vorhanden ist, kann das zuweilen nicht ganz leicht sein. Sehr selten aber ist deshalb ein Kurzschneiden der Haare notwendig, was bei weiblichen Wesen natürlich ein grosses Opfer bedeutet. Durch tüchtiges Durchtränken mit Öl, durch einen Ölumschlag, durch Dunstverbände, durch mechanische Hilfsmittel, Kamm, Pinzette, gelingt es selbst in bösesten Fällen die Auflagerungen zu entfernen. Natürlich sind Seifenwaschungen des Kopfes auch zu Hilfe zu nehmen. Man braucht damit nicht so ängstlich zu sein, wie man es an anderen Körperteilen bei akuten und subakuten Ekzemen oft sein muss. Die behaarte Kopfhaut verträgt selbst in diesen Stadien die Seifenwaschungen meistens ganz gut. Probieren kann man sie jedenfalls, wenn es sich nicht gerade um akuteste Fälle handelt. — Nicht ängstlich braucht man auch zu sein, wenn die Ursache des Kopfekzems eine sehr differente Therapie erheischt. Ich denke dabei an die Pediculosis, die man niemals vergessen darf, wenn man nässende, impetiginöse, krustenbildende Ekzeme oder gar — was besonders charakteristisch, ja fast pathognomonisch ist — granulationsartige, papillomatöse Wucherungen auf ekzematöser Basis findet. Da scheut man sich leicht, den nötigen Sublimatessig (1 : 300) zu verordnen, weil man eine Schädigung der wunden Haut fürchtet. Das ist aber unrichtig; hier heisst es „sublata causa tollitur effectus".

Alle Heilmittel gibt man an der behaarten Kopfhaut in Gestalt von Ölen, Salben oder Tinkturen. Pasten sind nur bei Neugeborenen oder auf kahlen Stellen verwendbar. Im übrigen richtet sich die Therapie nach den im allgemeinen Teil, wie im speziellen entwickelten Grundsätzen. Alle Ekzeme in trockene, schuppende überzuführen und diese dann zu beseitigen, ist die uns gestellte Aufgabe. Die Bekämpfung der schuppenden Formen erfordert auch hier in erster Reihe Teerpräparate, welche von der Kopfhaut auffallend gut vertragen werden. — Ganz besonders wichtig ist die Behandlung der seborrhoischen Ekzeme der Kopfhaut, weil diese einerseits mit der Zeit Haarausfall bewirken, andererseits den Ausgangspunkt weiterer Ekzeme bilden, welche per continuitatem oder auch sprungweise entstehen. Das seltene, akute, krustöse, stets mehr oder weniger umschriebene Ekzema seborrhoicum der Kopfhaut, ebenso wie das chronische erheischt die Anwendung antiseborrhoischer Heilmittel: Schwefel, Hydrargyrum praecipitatum album, Ichthyol, Resorzin u. ähnl. Die Konzentration passt man der Akuität des Prozesses an; je chronischer der Prozess ist, desto konzentriertere Salben etc. gibt man den Patienten. — Besonders die Kopfekzeme der Säuglinge, vom einfachen „Gneis“ an, sind fast stets als seborrhoische zu behandeln. — Wo Verbände am Kopf nötig sind, lässt sich das durch Umlegen einer weiblichen Nachtmütze leicht machen. Wo die Undurchlässigkeit erwünscht, ein Dunstverband am Platze ist, macht man von den Gummikopfkappen Gebrauch. Reguläre Bindenverbände kann man fast stets entbehren.

Grosse Schwierigkeiten bereiten die Gesichtsekzeme, weil einerseits Verbände etc. nur schwer applizierbar sind, andererseits die Patienten sich im Berufe nicht stören lassen wollen und deshalb nicht nur Verbände, sondern vor allem auch durch die Farbe sich abhebende Heilmittel perhorreszieren. Natürlich muss

man, soweit es irgend geht, auf diese Wünsche Rücksicht nehmen. Ist es nicht möglich, dann darf man aber auch nicht in der Nachsicht zu weit gehen, sonst nützt man dem Patienten nichts, schadet aber ihm, wie dem eigenen Ansehen. Ich bin stets darauf bedacht, möglichst hautfarbige Mittel im Gesichte anzuwenden und rate dringend, diesen Gesichtspunkt bei den Verordnungen nicht aus dem Auge zu lassen.

Im Gesichte sind Pasten die beste Verordnungsweise; sie haften gut, sehen nicht so fettig aus, sind porös. Wenn irgend möglich, ist also hier gerade alles mit Mitinpaste zu verschreiben. Ich habe dieser mit Rücksicht darauf ein hautfarbiges Aussehen zu geben mich bemüht, was wohl auch ziemlich gelungen ist, wenn sie auch natürlich bei der Verschiedenheit der Hautpigmentierung zu allen Fällen nicht gleich gut passt. Man muss, wenn man Heilmittel verschreibt, stets bedenken, wie sie die Farbe der Basis abändern. Man vermeidet im Gesichte bei allen leichteren Fällen deshalb, um nur einige, viel gebrauchte Mittel hervorzuheben: Tumenol, Ol. Lithantrac, Empyroform. Ichthyol in den üblichen Konzentrationen (1—2%) verstärkt das hautfarbige Aussehen der Pasten. — Von Teerderivaten zieht man Liq. carbon. detergens, Ol. Rusc. vienn., Ol. Cadini und Antrasol vor.

Gerade im Gegensatz zur Kopfhaut ist das ekzematöse Gesicht ausserordentlich empfindlich gegen Seifenwaschungen; man muss da ungeheuer vorsichtig sein, bevor man dieselben gestattet und sich stets auf unangenehme Vorkommnisse gefasst machen. Muss man bei gleichzeitig krankem Gesicht den Kopf waschen, dann lässt man vorher das Gesicht gründlich mit Paste bestreichen und gegen das Seifenwasser schützen.

Jedes ekzematöse Gesicht muss gegen die Einwirkung von Luft und Licht geschützt werden; es darf nie unbedeckt sein. Je nach dem Zustande müssen Puder, Pasten oder Salben die Haut decken.

Das besonders bei Säuglingen so häufige, nässende Gesichtsekzem, wenn es Pudern und den allerdings schwerer durchführbaren Umschlägen nicht weicht, muss energisch in Angriff genommen werden. Die oben geschilderte Behandlung mit Arg. nitricum und Tannoform gibt hier ausgezeichnete, schnelle Erfolge. Ebenso glänzendes erreicht man aber gerade hier mit Ung. Wilkinsonii; wenn nicht gerade zu lebhafte, akute, entzündliche Erscheinungen vorhanden sind, kann man hier trotz des Nässens ohne Angst zu dieser Salbe greifen. In einem Tage gelingt es oft, ein monatelang nässendes Kindergesichtchen trocken zu legen.

Wo kein Nässen, keine Borkenbildung besteht, sind, dem seborrhoischen Charakter der Ekzeme entsprechend, im Gesichte Schwefel und die ihm in der Wirkung nahestehenden Mittel meistens am Platze. Bei reizbarer Haut gibt man zuerst Ichthyolpaste (2 %) oder Thigenolpaste (10 %), um später zu Schwefelpasten (2—10 %) überzugehen. Wo die Haut torpider erscheint, greift man von vorneherein zu letzteren. Milde Salben zum Glätten der Haut (wie 10 % Zink-Mitin oder reines Mitinum cosmeticum) beschliessen die Behandlung. — Wir müssen auch die einzelnen Abschnitte des Gesichtes getrennt besprechen:

An der Stirn sind die seborrhoischen Ekzeme am Haarrande besonders typisch, sie bilden die direkte Fortsetzung der Seborrhoe resp. des Ekzema seborrhoicum der behaarten Kopfhaut. Die gelblich-rötliche, fettige, scharf begrenzte, mehr oder weniger schuppende, kranke Haut reagiert fast stets prompt auf Schwefel oder Hydr. praecipit. alb., Mittel, die man auch kombinieren kann. — Derselben Therapie weichen die Nasenflügelekzeme. Häufig sind Ekzeme der Nasenöffnungen; man behandelt sie durch Einbringen der gerade indizierten Paste, mit welcher man die Wandungen der Naseneingänge innen ordentlich unter Benutzung eines abgerundeten Glasstabes bestreicht. Die Pasten haften

gut und ersparen die Tamponade der Atmungsöffnungen, wie man sie sonst durch mit Salben bestrichene Wattetampons zu bewirken pflegt.

Eine schwere Aufgabe ist die Heilung der den Ekzemen der behaarten Gesichtshaut (Oberlippe, Bart) sich zugesellenden Folliculitiden, welche man als Sycosis vulgaris, non parasitaria s. coccogenes bezeichnet. Wir können an dieser nicht vorübergehen, trotzdem sie nur eine Komplikation des Ekzems darstellt, zum eigentlichen Bilde des Leidens nicht gehört. Die auf geröteter, nässender oder borkiger Haut sitzenden kleinen, von Härchen durchbohrten Pusteln sind ja nicht allzuschwer wegzubringen, aber sie kommen allzuleicht wieder. Der Hauptgrundsatz bei der Behandlung muss hier lauten: Vorsicht! Denn die Sycosis vulgaris gibt oft der Haut eine enorme Empfindlichkeit, so dass dieselbe auf leichte Reizmittel sehr heftig reagiert. Wer bei der Therapie der Sycosis vulgaris nicht schaden will und der Sachlage nicht völlig Herr ist, halte sich an möglichst indifferente Mittel. — Hat man bei Erkrankung der Oberlippe vor allem festgestellt, ob im Naseninnern Anomalien vorhanden sind und diese in den Bereich der Behandlung gezogen, dann beginnt man die äussere Therapie mit der Entfernung etwaiger Borken und der in den kranken Follikeln steckenden Haare. Letztere epiliert man mit der Cilienpinzette. Das weitere Verhalten richtet sich nach dem Zustande der Haut. Ist dieselbe sehr entzündet, gerötet, feucht, empfindlich, dann macht man Umschläge mit Borwasser, $^1/_2$ % Resorzinwasser etc. In den Zwischenpausen legt man eine Paste auf, der man, wenn die Haut nicht gerade zu reizbar ist, Schwefel, Tannin, Tannoform zusetzen kann:

Sulf. praecipitat.
Acid. tannic.
(s. Tannoform)
Ol. jecor. asell. āā 2,0
Pasta Mitin. 20,0
DS. äusserlich.

Die Reinigung der Haut darf nur mit Spiritus (50 %), Benzin oder den Umschlagwässern bewirkt werden. — Gut vertragen wird meistens auch Hydr. praecipitat. alb. (10 %). — Eine Verordnung, die oft wirklich gute Dienste leistet, lautet:

Mitin. mercurial.
Ichthyol.
Acid. salicyl. aa 0,5
Ol. jecor. asell. 1,5
Mitin. ad 10,0
DS. äusserlich.

Nur wenn diese Mittel versagen, was bei sorgsamer Kontrolle der Behandlung selten der Fall ist, und wenn die Haut sehr torpide ist, greift man zu energischeren Behandlungsmethoden: Auflegen von Salizylseifenpflastern, von starker Schwefel-(10 %), Resorzin-(20 %)-Paste, von der ja auch hier mitunter bewährten Wilkinsonschen Salbe. Letztere Teerapplikationsweise ist die einzige, welche man bei der Sycosis non parasitaria versuchen darf, alle übrigen Teerpräparate sind bei dieser Folliculitis, wie bei jeder anderen kontraindiziert. — Jedenfalls leite man kein schärferes Heilverfahren gegen diese Sycosis ein, wenn man den Patienten nicht jeder Zeit kontrollieren kann, aber auch bei der mildesten Behandlung sei man vorsichtig und weise den Patienten an, sich bei jeder auffallenden Änderung des Zustandes vorzustellen. — Das Rasieren, wie die Seifenwaschungen beginnt man erst nach Aufhören der follikulären Eiterherde; so lange begnügt man sich, die Haare so kurz zu schneiden, dass man sie mit der Cilienpinzette fassen kann.

Bestrahlungen mit Quecksilberlicht und Röntgenlicht kann ich empfehlen. —

Die Augenlider werden von Ekzemen besonders bei skrofulösen Kindern oft heimgesucht. Die bei akuten Fällen infolge des lockeren Bindegewebes meistens sehr starke, ödematöse Anschwellung, geht bei antiphlogisti-

scher Therapie bald zurück. — Da die Haut der Augenlider sehr zart ist, wähle man die Konzentrationen der Heilmittel hier immer entsprechend schwächer. Ganz schwach brauchen sie nur zu sein, wenn die Lidränder erkrankt sind, wenn eine Blepharitis marginalis mit Schuppenbildung, mit oder ohne Haarbalgeiterungen besteht, welche nichts anderes ist als ein Lidrandekzem. Sorgsame Entfernung der Schuppen und Borken, fleissiges Auflegen von Salben mit Hydr. praecipitat. alb. oder Hydr. oxydat. flavum sind alte bewährte Mittel:

Hydr. praecipitat. alb. 0.05—0,1
Acet. plumbi 0,1
Ol. amygd. dulc. 0,5
Mitin. 5,0
DS. Augenlidsalbe.

Hydr. oxyd. flav. 0,05
Mitin. 5,0
DS. Augenlidsalbe.

Wunde Stellen pinselt man mit 2% Arg. nitr. Lösung, kleine Pustelchen eröffnet man. Mit dieser Therapie muss man aber ausserordentlich konsequent monatelang fortfahren und nur allmählich aufhören, will man Rezidiven vorbeugen. — Dass daneben die bestehende Conjunctivitis, meistens ist es eine phlyktenuläre, behandelt werden muss, bedarf wohl keiner Betonung. Der Lidrand heilt nicht, solange die Conjunctiva krank ist, und die Conjunctiva wird nicht gesund, solange die Blepharitis marginalis fortbesteht.

Eine besonders unangenehme Aufgabe ist die Beseitigung von Ekzemen, welche die Mundöffnung umgeben, am Lippenrot, der Haut von Ober- und Unterlippe lokalisiert. Es sind gewöhnlich schuppende Formen, die sehr entstellen und der Behandlung sehr viel Widerstand leisten. Diese hat zunächst auf Ursachen zu fahnden. Da gilt es zunächst, all die bekannten und unbekannten Mundwässer, Zahnseifen und Zahnpulver, zu verbieten, in denen oft die Quelle des Übels zu suchen ist. Es scheint, als ob das in allen Präparaten vorhandene Pfefferminz (Ol. Menthe) von vielen Menschen nicht vertragen wird. Eine einfache, schwache, physiologische Salzlösung genügt zum Spülen, einfache

Schlemmkreide genügt zum Putzen. — In anderen Fällen sind es manche Fette, die nicht vertragen werden; so bekommt mancher ein Ekzema circumorale nach Gänseschmalz. Dieses muss dann verboten werden. Ebenso sind scharfe Speisen, salzige, pfefferige, saure, kurz alle, welche schmerzen, absolut zu vermeiden. — Die medikamentöse Therapie weicht gar nicht von der an anderen Stellen lokalisierter Ekzeme ab. Nur vergesse man nicht, dass das Lippenrot ein zartes, dünnes Epithel hat und deshalb auch milder angefasst werden muss. — Die Salben müssen zur Nacht auf die Mundumgebung mittelst Läppchen oder als Salbenmull aufgelegt und durch eine Binde befestigt werden. Man muss in der Nacht energischer einzuwirken suchen, da man naturgemäss am Tage nicht viel auftragen kann. Am Tage begnügt man sich meistens mit fleissigem Einfetten (Mitin mit $^1/_4$% Salizylsäure oder 2% Zinc. oxyd.). Sehr wichtig ist, dass die kranken Teile vor dem Essen ordentlich mit Mitincrême bestrichen werden, damit sie durch die Speisen möglichst wenig alteriert werden. — Besonders hinweisen möchte ich darauf, dass man bei diesen Mundekzemen sich vor der, allerdings nicht gerade appetitlichen Teermedikation nicht scheuen darf. Man macht das so, dass man abends eine Tinktur von Ol. Cadini aufpinselt und nach dem Eintrocknen mit milder Salbe deckt. Der Erfolg ist gut, nur muss man zeitweilig mit der Tinktur pausieren. — Für die schuppenden Lippen ist in hartnäckigen Fällen auch der Versuch mit einer Applikation stärkerer Resorzinsalben zu empfehlen, die aber nur wenige Tage hintereinander anzuwenden sind:

Resorcin. albiss. 0,2—0,5
Ol. Sesami 2,0
Mitin. 8,0
DS. äusserlich.

Die käufliche Lippenpomade ist als Symptomaticum brauchbar.

Eine ätzende Behandlung erfordern die so häufigen, durch Ekzeme bedingten Rhagaden der Mundwinkel, deren Heilung durch die unvermeidlichen, vielen Bewegungen der Gesichtsmuskeln, durch die Mimik, den Kauakt und das Sprechen, sehr erschwert wird. Die Therapie besteht hier in Ätzungen mit einer 2—10 % Arg. nitr.-Lösung. Man bepinselt bei weit geöffnetem Munde, drückt dann einen Wattebausch gegen, bis sich eine trockene Schicht Silberalbuminats gebildet hat und trägt dann eine milde Salbe auf. Das Einfetten muss so oft wie möglich (½ stündlich), die Ätzung nach 1—2 Tagen wiederholt werden. — Dieselbe Therapie gilt auch für die Rhagaden an den Nasenöffnungen, an den Augenwinkeln, an den Ohren.

Von den Ohrekzemen ist wenig besonderes zu bemerken. Sie sind gewöhnlich Fortsetzungen der Kopfekzeme. Pasten haften an ihnen besonders gut, Salbenläppchen ebenso wie Salbenmulle lassen sich leicht befestigen. Die Fortsetzung der Ohrekzeme in den äusseren Gehörgang muss beachtet werden. Man führt hier Salben mittelst eines länglich gedrehten Wattebausches leicht ein. — Wo ein nässendes Ekzem sich in den äusseren Gehörgang fortsetzt, scheue man sich nicht, denselben energisch mit Arg. nitr.-Lösungen (2—10 %) ordentlich auszupinseln. Der Effekt ist stets ein guter. — Die Rhagaden hinter dem Ohre und an dem Ansatz der Ohrläppchen erfordern meistens dieselbe Therapie.

Die Verbände bei Gesichtsekzemen sind, wenn die Wangen ergriffen sind, nicht so einfach. Diese lassen sich nur schwer gut verbinden. Zum Glück machen die Pasten Verbände meistens entbehrlich. — Will man oder muss man verbinden, dann schneidet man eine Maske mit Augen-, Nasen- und Mundöffnungen zurecht und befestigt sie durch Bänder. Bei Säuglingen gehe ich zuweilen so vor: Ich schneide eine Maske aus Salbenmull, überpinsle diese mit Zinkleim und wickle dann eine Mullbinde so um, dass die Maske dadurch

befestigt wird. So verhütet man, dass die kratzenden Fingerchen herankommen. Im übrigen verweise ich, um Wiederholungen zu vermeiden, auf das im allgemeinen Teil über das Verhüten des Kratzens Gesagte.

Die Ekzeme des Halses bieten der Therapie keine Schwierigkeiten, zumal die Befestigung von Verbänden hier leicht ist. Bei wohlgenährten Säuglingen und sehr fetten Personen bieten die in den Falten einander berührenden Hautflächen alle Bedingungen für die Ausbildung einer Intertrigo, auf welche wir bei Betrachtung der Urogenitalgegend näher eingehen wollen. Die dort zu erörternde Therapie ist auch am Halse am Platze.

Vorder- und Hinterseite des Rumpfes sind mit Ekzemen gerade nicht sehr häufig bedacht. Die Therapie kann hier stets eine energische sein, zumal man auch bei der Auswahl der Heilmittel auf deren Farbe nicht besonders Rücksicht zu nehmen braucht. Die squamösen, seborrhoischen Ekzeme, mit Vorliebe am Brustbein lokalisiert und von hier aus oft über die Rumpfhaut disseminiert, sind besonders dankbare Objekte der Schwefel-Resorzintherapie. Eventuell wenn diese versagt, ist Chrysarobin hier ein gut anwendbares, energisches Mittel.

Weniger energisch kann man den Mammillarekzemen zu Leibe gehen, da das Epithel an der Mammilla und an dem Mammillarhof doch sehr leicht lädierbar ist. In den akuteren Fällen wird man hier Tumenol, Ichthyol, Tannoform, in chronischen Schwefel und Teer anwenden, aber in milder Konzentration. Ist es an der Mammilla zu Rhagaden gekommen, was bekanntlich oft geschieht, so kann ich hier die Behandlung dieser Risse mit starken Ichthyolsalben auf das wärmste empfehlen.

Ichthyol.	Ichthyol. 3,0
Anaesthesin āā 2,5	Novocain 0,5
Ol. Sesam. 2,0	Ol. Sesam. 2,0
Mitin. 3,0	Mitin. ad 10,0
DS. äusserlich.	DS. äusserlich.

Übrigens denke man bei stärker infiltrierten Ekzemen des Mammillarhofes an Verwechslung mit der sehr ähnlichen „Paget's disease", einem flachen Hautkarzinom, bei dem die Ekzemtherapie natürlich immer versagt.

Die submammären Ekzeme stellen sich bei weiblichen Personen mit starken, etwas herabhängenden Mammae stets als Intertrigo dar. Neben der bald zu besprechenden Therapie dieser Ekzemgestaltung vergesse man hier nie die Suspension der Mamma. Man bewirkt dieselbe am einfachsten durch eine schleifenförmig um den Hals gelegte elastische Binde (Idealbinde), welche die Brust hochheben und in dieser Stellung festhalten muss.

Zu den häufigen Nabelekzemen ist therapeutisch nichts Besonderes zu bemerken. Wir kommen jetzt zu den Ekzemen der Anogenitalgegend, einem für die Therapie sehr wichtigen Gebiet. Durch zwei Punkte sind hier die Ekzeme besonders charakterisiert: erstens jucken sie fast stets ausserordentlich lebhaft, zweitens nehmen sie leicht ein intertriginöses Aussehen an, d. h. die sich berührenden Hautflächen in der Analfalte, in der Genitocruralfalte, in der Leistengegend werden rot, feucht, sind meist mit einem, oft übelriechenden Sebum bedeckt und verursachen starkes Brennen. Die Therapie wird diesen beiden Punkten besonders Rechnung zu tragen haben, möglichst auf Anwendung juckstillender Mittel bedacht sein und jeder Intertrigo entgegentreten. Die Beseitigung der letzteren hat zunächst darauf Bedacht zu nehmen, dass die Berührungsflächen bis zur völligen Heilung von einander getrennt halten werden. Das geschieht durch eine zwischengelegte dünne Schicht aufsaugenden weichen Mulls; eine dicke Schicht ist nur hinderlich und haftet schlechter. Wo es nicht anders geht, befestigt man die Watte durch entsprechende Bandagen. Eine T-Binde ist hier meistens sehr geeignet. In der Genitocruralfalte halten auch die Ränder eines umgelegten Suspen-

soriums die Watte gut fest. — Eine zweite Indikation ist die Reinigung der Haut. Dazu eignet sich reines Wasser wenig, Seifenwasser noch weniger; Spiritus (50 %), Benzin, Öl, Borwasser, Liq. Alum. acet., Bleiwasser sind gut. Nach dem Reinigen wird die Haut gut abgetrocknet, aber ohne zu reiben; nur sanftes Abtupfen ist erlaubt. Dann trägt man die Heilmittel auf. Am einfachsten ist tüchtiges Pudern mit Mischungen der im allgemeinen Teil genannten Pulver, von denen ich den Tannoformpuder hervorhebe. Ganz ungeeignet ist die viel gebrauchte, sehr schlecht haftende Kartoffelstärke. — Salben eignen sich für intertriginöse Prozesse meistens nicht; dagegen sind Pasten gut anwendbar. Oft genügt die einfache Mitinpaste; besser ist es, Tannoform (10 %), Ichthyol ($^1/_4$—$^1/_2$ %, nicht mehr!), Xeroform (10 %) zuzusetzen. Kommt man damit so nicht zum Ziele, dann halte man sich nicht lange dabei auf, sondern greife zum Arg. nitricum. Mit einer 2—3 % wässrigen oder alkoholischen Lösung bepinselt man die durch Benzin gereinigte Fläche täglich einmal, wartet ab, bis sich die folgende Ausschwitzung des Serums gelegt hat, tupft die Haut trocken und trägt Puder oder Pasten auf, kurz, man verfährt wie beim Ekzema madidum. Der Erfolg ist fast stets ein eklatanter, so dass man, wenn nicht schädliche Ursachen fortbestehen, mit der Intertrigo stets in kurzer Zeit fertig wird. Vorzügliche Erfolge zeitigt auch hier die Teer-Schwefel-Seifenpaste, aber sie erheischt sorgsame Beobachtung. — Die Lokalisation der Intertrigo ist gleichgültig; am Halse, in der Regio submammaria wird nach gleichen Prinzipien behandelt. — Kaum bedarf es der Hervorhebung, dass bei allen zu intertriginösen Prozessen neigenden Menschen — und das sind in erster Reihe die fetten — die Prophylaxe sehr wichtig ist. Sauberkeit, Fernhalten übermässiger Feuchtigkeit, Pudern, eventuell Mitinpaste sind dabei zu verwenden. Bei Säuglingen, die ja bekanntlich das Hauptkontingent zur Intertrigo

stellen, sind Regelung etwa vorhandener Verdauungsstörungen und Sauberkeit die Hauptmomente einer vernünftigen Prophylaxe. Im übrigen verweise ich auf den Vortrag über die Hautleiden kleiner Kinder.

Die Analekzeme, die sowohl Ursache wie Folgen eines Pruritus analis sein können, erfordern viel Sorgsamkeit. Sind sie akut, dann muss man sie ähnlich wie die Intertrigo behandeln; sind sie chronisch, dann gehe man ruhig mit scharfer Teerbehandlung vor. Teersalben, selbst Ung. Wilkinsonii, Teertinkturen mit folgendem Auftragen einer milden Salbe oder Paste bringen Besserung. Auffallend gut werden beim Ekzema circumanale, welches sich als Katarrh auf die Schleimhaut fortsetzt, starke Ichthyolsalben vertragen, besonders wenn, wie so häufig, Rhagaden und Fissuren bestehen. Man benutzt die oben für Mammillarschrunden gegebene Formel oder gibt Ichthyolpasten, kombiniert mit Teerpräparaten, z. B.

Ichthyol. 2,0
Pittylen. 0,5
Ol. Sesam. 2,0
Past. Mitin 6,0
DS. äusserlich.

Jedenfalls schenke man den Analekzemen grosse Sorgsamkeit, da sie durch Jucken die Kranken zuweilen auf das Grausamste quälen. Dasselbe gilt von den Genitalekzemen. Männer leiden viel an Skrotalekzemen, die in akuten Fällen durch stark entzündliches Ödem zu auffallender Anschwellung des Skrotum führen können, während chronische Ekzeme durch bindegewebige Verdickung und Infiltration dasselbe Ergebnis liefern. Bei Behandlung der Skrotalekzeme befestigt man Umschläge wie Salben etc. am besten durch ein Suspensorium. Von Dunstverbänden macht man bei den lebhaft entzündlichen, akuten, erythematösen, bläschenbildenden, nässenden Formen mit gutem Erfolge Gebrauch. Bei chronischen Ekzemen spielt auch hier als ultima ratio die Wilkinsonsche Salbe eine grosse Rolle. Durch wiederholte, wochenlange Anwendung bei

entsprechenden Pausen gehen hier die derbsten Infiltrationen mit der Zeit zurück. Zu Ätzungen mit Kali causticum zu greifen, dürfte man kaum Gelegenheit haben. — In keinem Falle vergesse man, dass man es am Skrotum mit einer sehr empfindlichen Haut zu tun hat. Sehr empfindlich ist natürlich auch die Vulva, weshalb Vulvarekzeme, welche die Nerven der Patientinnen stets sehr alterieren, mit Vorsicht, aber doch mit Energie behandelt sein wollen. Auf schnelle Juckstillung sei man hier sehr bedacht, mache von Tumenol, Teer, Empyroform viel Gebrauch. Ganz besonders ängstlich sei man hier aber mit Menthol, da es einerseits, wenn es, wie kaum vermeidlich, auf die benachbarte Schleimhaut kommt, sehr brennt, und weil es andererseits mitunter eine Verschlimmerung des Ekzems hervorruft. Ganz verzichten wird man aber auf dieses ganz vorzügliche Juckstillmittel oft nicht können. Sehr zweckmässig ist es, bei Vulvarekzemen einen Verband durch eine Binde (Menstruationsbinde) gut zu befestigen und diesen auch nachts tragen zu lassen.

Endlich sei hier noch der Balanitis gedacht, welche eigentlich ein akutes, seborrhoisches, intertriginöses Ekzem des Präputialraumes darstellt. Das lebhafte Brennen, das übelriechende Sekret diktieren hier sorgsames Eingreifen. Reinigung mit Benzin, Einstreuen von Acid. boric. pulverat., Tannoform, Xeroform, Dermatol, — auch kombiniert —, Einlegen von etwas Verbandwatte genügen zur Beseitigung der Balanitis. Fleissiges Reinigen des Präputialraums, worauf übrigens die Menschen auffallend wenig Gewicht legen, macht die ganze Prophylaxe aus.

Sehr schwer ist die Therapie des zum Schluss zu gedenkenden universellen Ekzems. Wo es sich um akute Fälle handelt, wird man mit Puder, Schüttelmischungen auszukommen suchen. Der Kranke trägt Leinenwäsche. Einzelne entzündetere Bezirke können Umschläge oder Dunstverbände erfordern. Lässt die

Entzündung nach, dann greift man zu 10 % Zinkmitin oder zu Mitinpaste, der man Ichthyol (1—2 %), Tumenolammonium (2—10 %), Tannoform (5—10 %) zusetzt. Den Schluss macht eine Teerbehandlung; Teerbäder sind hier die gegebene Applikationsweise. Jedoch sei man vorsichtig, beachte den Harn, untersuche ihn täglich, um bei beginnender Albuminurie sofort auszusetzen. Daneben sorgt man durch Zink-Mitin, Mitinum cosmeticum für eine geschmeidige Beschaffenheit der Haut. Weiss und glatt muss sie sein, bevor man sie als gesund bezeichnet. Zu frühes Aufhören der Behandlung straft sich durch Rückfälle.

Auf die Gefahr hin mich zu wiederholen, will ich am Schlusse der Besprechung der Anogenitalekzeme nochmals hervorheben, wie wichtig hier gerade die Beachtung der inneren Organe ist, wie sich hier gerade die Notwendigkeit, ein ganzer Arzt zu sein, zeigt. Der Zustand der Verdauungsorgane, zu lebhafte, zu träge Defäkation, Störungen in den Hämorrhoidalvenen, Darmparasiten, Adipositas nimia, Arthritis, Diabetes, Harnanomalien aller Art, — nephrogene und cystogene —, Erkrankungen des Nervensystems, wie Nervosität, Hysterie, Parese der Blase, Parese des Darms —, weibliche Genitalleiden — alles das spielt eine grosse Rolle bei der Entstehung der Anogenitalekzeme, und alles das muss deshalb auf das Sorgsamste beachtet werden, will man nicht nur lindern, sondern heilen.

Von den Ekzemen der Oberextremitäten kann ich über die so häufigen Ekzeme in der Ellbogenbeuge mit dem Bemerken hinweggehen, dass die Haut an dieser Stelle sehr zart und empfindlich ist, deshalb nicht so derb angefasst werden kann, wie die Ekzeme der Streckseiten. Ein Verband der Ellbogenbeuge ist sehr zu empfehlen; man benutzt am besten dazu Trikotbinden. — An den Unterarmen sind die papulösen, stark juckenden, trotz akuten Auftretens doch keine lebhaften Entzündungserscheinungen zeigenden Ekzeme der Streckseiten hervorzuheben, welche der Teerbe-

handlung vorzüglich zugänglich zu sein pflegen. Man probiert zuerst vorsichtig mit schwachen Mischungen, um, wenn diese vertragen werden, sofort zu stärkeren überzugehen.

Wir kommen nun zu dem schwierigsten Gebiete, der Therapie der Handekzeme, mit welcher wir uns um so eingehender beschäftigen müssen, als sie ganz ausserordentlich schwer zu behandeln sind. Woran liegt das? Hauptsächlich wohl an zwei Gründen: Erstens beruhen sie meistens auf gewerblichen Schädigungen, die nicht auszuschalten sind. Wer entschliesst sich wohl zum Berufswechsel wegen Handekzeme? Und wer könnte auch den Entschluss durchführen? Zweitens werden die Hände so notwendig gebraucht, dass die Patienten nur in grösster Not dazu zu bewegen sind, sich die Hände verbinden zu lassen oder sie ohne Verband — zumal am Tage — mit Salben bestrichen zu tragen. Sie klagen, dass sie nichts anfassen können, dass sie Kleider etc. überall anschmieren. Es ist ihnen das sicherlich nicht zu verdenken, aber man kann dem doch bei hartnäckigeren Formen nicht Rechnung tragen. Man muss darauf bestehen, dass die Patienten sich der Behandlung ihrer Hände ganz widmen, sonst erreicht man wenig oder gar nichts. Alle böseren Handekzeme sollten eigentlich Objekte klinischer Behandlung sein. Nur in der Klinik ist es möglich, mit der nötigen Rücksichtslosigkeit alle Massnahmen durchzuführen. Leider bleibt das meistens ein frommer Wunsch, und wir müssen versuchen, uns so durchzuschlagen, dürfen uns aber über ungenügende Dauerresultate nicht wundern. Am besten ist es, von vorneherein eine bedenkliche Prognose zu stellen; wird das Ergebnis ein gutes, dann wird es um so freudiger begrüsst.

Stellen wir uns einige Schemata von Handekzemen auf, um an ihnen die Therapie zu demonstrieren: Eine Wäscherin bekommt infolge der Seifenlauge, Soda etc., oder ein Arzt bekommt infolge irgend eines von seiner Haut nicht vertragenen Antisepticums ein akutes, erythe-

matös-vesikulöses Ekzem der Hände. Die Hände sind gerötet, minimale Papeln und Bläschen sieht man durch die Haut schimmern, am Handrücken und an den Seitenflächen der Finger von dünner Hornschicht gedeckt, die Haut überragend, an den übrigen Stellen tief in der Haut liegend. Das Dorsum manus ist ödematös, polsterartig geschwollen, weniger die Finger, während die Volarseite sich nur etwas straff anfühlt. Starkes Brennen und Jucken. — Rückbildung der Entzündungserscheinungen, Rötung, Schwellung, Verhütung der Läsion der Bläschen, damit die Haut, ohne zu nässen, in das regressive, schuppende Stadium gelangt, sind anzustreben. Die Therapie muss eine sehr schonende sein. Wasser und Seife sind absolut fernzuhalten. Zunächst sucht man mit Puder oder pulverhaltigen Schüttelmischungen auszukommen. Ein poröser Zwirn- oder Seidenhandschuh deckt die pulverbedeckten Hände. Wird die Haut durch diese Behandlung zu trocken, spröde, lässt die Entzündung nicht schnell nach, dann greift man zu kühlen Umschlägen oder Dunstumschlägen. Auch hier ist eine Mischung von Liq. Alum. acet. (2 %) und Borsäure (3 %) oder Aq. Plumbi oder Sol. Resorcin. (½—1 %) am Platze. Man kann auch die Schüttelmischungen auftragen, antrocknen lassen und dann darüber einen Umschlag applizieren. Sobald die Haut zu sehr aufgeweicht ist oder aus irgend welchen Gründen mit den Umschlägen pausiert werden muss, springt die Pulverbehandlung immer ein.

Ist die lebhafte Entzündung zurückgegangen, dann können Pasten zur Anwendung kommen. Jedoch mit Vorsicht, da das Fetthaltige oft in diesen Stadien schlecht vertragen wird. Die reine Mitinpaste genügt oft schon, eventuell setzt man Ichthyol (1—2 %), bei starkem Jucken Tumenolammonium (2—10 %); färbt grau), bei vielen Bläschen Tannoform (10 %) zu. Die Pasten werden morgens und abends aufgestrichen. Eine Benutzung der Hände ist auch jetzt noch kaum möglich. Erst wenn die Rötung und Schwellung geschwunden, die Bläschen

eingetrocknet sind, die Haut abschuppt, kann man sich damit begnügen, am Tage eine Paste dünn zu verstreichen, so dass die Haut nicht weiter fettet, was mit Mitinpaste vorzüglich geht; aber in der Nacht tut man immer noch gut, dick einzupasten. — Nun kommt es vor, dass die Haut durch die Pastenbehandlung zu spröde wird, dann kann man zur Nacht die Pasten durch milde Salben (Zink-Mitin etc.) oder durch Salbenmulle (Zink-Ichthyolsalbenmull) ersetzen. Man wickelt Finger für Finger mit dem Mull ein, ebenso die Hand, und zieht einen weiten Glacéhandschuh herüber. Ein Verband lässt sich hier meistens entbehren. Am Tage genügt die Paste. — Schwer ist es, den Zeitpunkt zu bestimmen, in dem die solange nur mit Benzin, 50 % Spiritus gereinigten Hände mit Seife und Wasser gewaschen werden können. Jedenfalls wähle man lieber einen zu späten als einen zu frühen Termin, und lasse zu den ersten Waschungen nur eine sehr milde Seife (siehe im allgemeinen Teil!) nehmen, nachher sorgsam tupfend abtrocknen und sofort wieder Paste oder Salbe auftragen. Den Schluss der Behandlung macht das Einreiben von einer Spur Mitinpaste oder bei trockener Haut von etwas Mitincrême. Die Anwendung dieser Hautschutzmittel und eventuell eine Teernachbehandlung bilden auch — abgesehen von der Vermeidung der ergründeten Schädlichkeiten — die Hauptmittel der Prophylaxe gegen Rezidive.

So ungefähr spielt sich in ganz akuten Fällen bei erythematös-vesikulösen Ekzemen der Hände die Therapie während des ganzen Verlaufes ab, vorausgesetzt, dass kein Nässen entstanden ist. Ist es zum Ekzema madidum et crustosum gekommen, dann muss man sich vor allem ganz an die feuchte Behandlung mit Umschlägen, Dunstverbänden halten; diese adstringiert die Haut, bringt die Sekretion zum Stillstand, führt eine Austrocknung der Haut herbei, die dann durch Pulver und Pastenbehandlung (Tannoform!) besiegelt wird.

Ein anderes Beispiel: Ganz akut, ohne nachweis-

bare Ursache spriessen an sonst nicht entzündeter, nicht geröteter Haut Blasen hervor; dieselben sind relativ gross, sitzen tief, haben eine dicke Epidermisschicht, sitzen an Händen und Fingern gleichmässig verteilt. Dieses eigenartige Krankheitsbild, welches man als Dyshidrosis oder Cheiropompholyx bezeichnet, gehört eigentlich nicht unter den Begriff „Ekzem", hat aber ein so ekzemähnliches Aussehen, wird so oft als Ekzem betrachtet, dass es sich empfiehlt, die Therapie hier zu besprechen. Man versucht zunächst, die Blasen eintrocknen zu lassen, zur Resorption zu bringen. Eine 10 % Tannoform-Mitinpaste bei absolutem Verbot jeder Reinigung, Tragen eines porösen Handschuhes genügen oft, um dieses Resultat zu erzielen. Nur wo so die Rückbildung nicht erfolgt, muss man schärfer vorgehen. Man kann dieses, da lebhafte Entzündungserscheinungen fehlen. Man erweicht dann die die Blasen deckende Epidermisschicht durch Dunstverbände oder durch starkes Salizylpflastermull und legt so die Basis frei, die dann unter Pastenbehandlung schnell heilt. — Ungünstig ist die Situation, wenn durch unpassende Behandlung es schon zum Nässen gekommen ist. Man hat sich dann, wie bei subakutem und chronischem Ekzema madidum zu verhalten.

Nach dieser Abschweifung zur Dyshidrosis kehren wir zu den landläufigen Ekzemen zurück. Konstruieren wir uns ein Bild des vesikulös-nässenden Ekzems in subakuter oder chronischer Form! Ein in irgend einem, seine Haut schädigenden Gewerbebetrieb beschäftigter Mensch zeigt wenig gerötete, wenig geschwollene Hände, die stellenweise mit minimalen Bläschen bedeckt sind, stellenweise an Stelle dieser Bläschen schon eingetrocknete Krustchen tragen, stellenweise — so in den Interdigitalfalten — mässig nässen. Verschlimmerungen und Besserungen wechseln ab, ziehen sich über Wochen und Monate hin. Ein buntes Bild, welches den Patienten, trotzdem die Beschwerden nicht gerade allzu lebhaft sind, in seinem Berufe stören oder auch ganz

arbeitsunfähig machen kann. In solchen subakuten und chronischen Fällen kann man von vornherein energischer vorgehen. Man pastet zunächst die Haut tüchtig mit 10 % Tannoform-Mitinpaste ein und verbindet die Hände in noch zu erörternder Weise. Mässig nässende Stellen heilen auch zuweilen unter dieser Paste; eventuell pudert man vor der Applikation derselben Tannoform-Talkum (1:2) oder Xeroform auf die Fläche auf. Sind aber stärker nässende Bezirke vorhanden, dann müssen diese einer Ätzung mit Argentum nitricum nach der oben geschilderten Methode unterzogen werden. Ist die folgende Ausschwitzung sistiert, hat sich ein Silberalbuminatschorf gebildet, dann folgt Aufpudern von Tannoform und Auflegen von Mitinpaste oder Zink-Mitin, die auf porösen Mull oder alte Leinwand gestrichen werden müssen. Täglicher Verbandwechsel, bis alles trocken ist, keine Bläschen mehr sichtbar sind. — Ein anderes Verfahren in diesem Stadium besteht in der Anwendung von 10 % Lenigallolpaste. Diese ätzt die Bläschen und die nässenden Flächen an; es bilden sich schwarze Schorfe. Sobald dieses geschehen ist, muss man das Lenigallol aussetzen; man kann es gewöhnlich nur drei bis vier Tage brauchen. — Auch das Naftalan will ich hier nicht unerwähnt lassen, weil es gerade bei subakuten Handekzemen genannter Art oft sehr gutes leistet, — oft, aber lange nicht immer. Man sieht vom Naftalan sowohl glänzende Erfolge als vollkommene Misserfolge, so dass man das Mittel doch nur als ein unzuverlässiges bezeichnen kann, welches aber im Einzelfalle immer der Prüfung wert ist. Naftalan appliziert man in dicker Schicht, ohne zu reinigen, unter festem Verband, bis Besserung eintritt. Beginnt dieselbe sich aber nicht schon in 3—4 Tagen anzubahnen, dann halte man sich mit länger dauernden Versuchen nicht auf.

Wo Pasten, Ätzungen, Naftalan nichts nützen, der Prozess einen torpiden Charakter hat, da greift man am besten zur Wilkinsonschen Salbe. Diese wirkt mei-

stens direkt glänzend. Man streicht sie dick auf, legt Mull darüber und verbindet, wiederholt das Aufstreichen täglich, bis die Haut ganz trocken ist, wie gegerbt aussieht, sich in grossen Lamellen loszulösen beginnt. In ein paar Tagen erreicht man in solchen Fällen mit der Wilkinsonschen Salbe, was man monatelang auf anderem Wege erstrebt hatte, d. h. wenn nur der richtige Fall für diese Therapie vorliegt. Denn Torpidität, Fehlen jeder Neigung zu akut entzündlichen Erscheinungen sind die Vorbedingung; sonst kann man auch eine Schädigung erleben, eine ausgedehnte Blasenbildung, starkes Nässen auslösen.

Hat man nun auf irgend eine Weise Bläschen und Nässen beseitigt, dann gilt es, die Haut zu glätten und geschmeidig zu machen. Jetzt treten die vorher meistens schädlichen Salben in Funktion. Man beginnt am besten mit Salbenmullen (Zink-Ichthyol-Salbenmull), die man Tag und Nacht umlegt. Dann beschränkt man ihre Anwendung auf die Nacht, nimmt am Tage nur 10% Zink-Mitin oder eine sehr weiche Paste:

Ichthyol. 0,2
Ol. Sesam.
Past. Mitin. aa 10,0
DS. äusserlich.

Auch Puder oder Schüttelmischungen genügen für den Tag. In welchen Terminen die verschiedenen Verfahren einsetzen, wann mit Seifenwaschungen angefangen werden kann, lässt sich absolut nicht allgemein bestimmen. Das ist in jedem Falle anders. Wenn man unsicher ist, ob man schon zu einer anderen Behandlung übergehen kann, — und das ist schliesslich jeder —, dann unterlasse man in keinem Falle, den Patienten den Tag nach der Verordnung neuer Massnahmen zu kontrollieren.

Ein anderes Bild: ein squamöses Handekzem. Eine viel in der Wirtschaft tätige Frau zeigt an den Händen eine infiltrierte, derbe, schuppige Haut. Besonders ist die dorsale Seite betroffen. Die Haut ist nicht diffus erkrankt, sondern es sind fast normale Stellen ziemlich

scharf abgesetzt gegen verdickte, schuppenbedeckte, infolge des Kratzens oft von Erosionen durchzogene Haut. Auch über das Handgelenk hinaus auf den Unterarm erstrecken sich Krankheitsherde. Besonders unangenehm wird die Verdickung der dorsalen Gelenkhaut an den Fingern empfunden; an einzelnen Stellen ist diese geplatzt, und schmerzhafte Risse quälen die Patientin. Die ganze Haut ist auffallend trocken. — Die erste Indikation, welche dieser torpide Prozess gibt, ist die Entfernung der oberen, verdickten, schuppenden Epidermisschichten. Das kann man durch heisse Seifenhandbäder bewirken, jedoch muss man entweder vorher die Rhagaden abheilen oder sie vor dem Seifenwasser durch Umlegung von Salbenmull oder Guttaperchapapier während des Bades schützen. Ein vorzügliches Erweichungsmittel ist hier auch Salizyl-Seifenpflaster, mit dem man Hände und Finger fest umwickelt. — Das Abheilen der Rhagaden bewirken wir entweder durch feuchte Verbände in wiederholt geschilderter Weise oder durch Salben (resp. Salbenmulle), eventuell nach vorausgeschickter Höllensteinätzung. — Ist die Hand durch heisse Seifenbäder oder Pflaster erweicht, dann legt man Salben, nicht Pasten, auf. Als Heilmittelzusätze sind hier zu nennen: Schwefel, Salizylsäure, Ichthyol, Tumenolammonium, Tannoform, Thigenol, Teer. Vom Schwefel habe ich hier noch nicht so viel gutes gesehen, wie andere Autoren. Die sonst so beliebte Unnasche Schwefelzinkpaste will mir beim squamösen Handekzem nichts Besonderes leisten. Das ist mir theoretisch auch sehr verständlich. Schwefel ist in erster Reihe ein Antiseborrhoicum, wirkt also da günstig, wo eine übermässige Tätigkeit der Talgdrüsen vorhanden ist, die Haut sich durch überreichen Fettgehalt auszeichnet. Bei den Handekzemen liegt aber gerade das Gegenteil vor. Alle Handekzeme gehen mit einer krankhaften Fettarmut der Haut einher, beruhen zum Teil auf einer mangelhaften Sebumsekretion; die Trockenheit der Haut, der dadurch bedingte Mangel an Elastizität,

an Feuchtigkeit bilden die erste pathologische Veränderung. Was lässt sich da also von dem die Abscheidung der Talgdrüsen vermindernden, austrocknenden Schwefel erwarten? — Die Salizylsäure ist willkommener, da sie die verdickte Hornschicht erweicht, wenn sie auch nicht kurativ heilend wirkt. Man tut jedenfalls gut, bei solchen Fällen den Salben 5 % Salizylsäure zuzusetzen; dadurch begünstigt man auch ein tieferes Eindringen der sonstigen angewandten Heilmittel.

Ichthyol, Tumenolammonium, Thigenol, Tannoform sind auch in diesen Fällen nicht von durchschlagendem Erfolge. Das beste Mittel ist hier Teer. Von wenigen eingreifenden Präparaten kommen Pittylen und Empyroform in Frage, etwa als Salben in folgender Form:

Pittylen. 2,5
Mitin ad 50,0
DS. äusserlich.

Empyroform.
Acid. salicyl. aa 2,5
Ol. Sesam. 5,0
Mitin. ad 50,0
DS. äusserlich

Vorzuziehen sind hier aber die Teeröle als Salbe, denen man als Keratolyticum noch Salizylsäure oder Sapo kalinus zusetzt:

Ol. Rusc. 5,0—10,0
Sapon. kalin. 10,0
Mitin. ad 50,0
DS. äusserlich.

Die Salben streicht man in diesen Fällen auf Lint oder, wenn die Haut stark verdickt ist, sogar auf Guttaperchapapier; die erweichende Wirkung ist hier durchaus erwünscht.

Auch hier ist es oft von ausgezeichneter Wirkung, wenn man die Kur mit einer energischen Applikation der Wilkinsonschen Salbe beginnt, bis die Hornschicht tüchtig in Fetzen sich loslöst, um dann mit einfachen Teersalben fortzufahren. — Ist die Haut erheblich gebessert, dann beschränkt man sich darauf, abends die Hände mit Teertinktur zu bepinseln, nach dem Eintrocknen ein $^1/_4$—$^1/_2$ stündiges, heisses Handbad nehmen

zu lassen, um zur Nacht die Hände mit milden Salben, resp. mit Salbenmull zu verbinden. — Die Indikationen bei diesen Formen squamöser Ekzeme sind nach Aufweichen der verdickten Epidermis Bekämpfung der schleichenden Entzündung (durch Teer etc.) und reichliches Einfetten. Letzteres muss monatelang bewirkt werden, da jede Austrocknung der Haut zu Rezidiven disponiert. Das ist aber nicht immer leicht, da die fettigen Hände mit Recht als grosse Unbequemlichkeit empfunden werden. Es müssen daher Fette angewendet werden, die ohne Fettrückstand leicht in die Haut eindringen. Als solches Fett empfehle ich dringend den Mitincrême (Mitin. cosmeticum), von dem am Tage wiederholt Spuren in die Haut eingerieben werden. Zur Nacht kann man mehr nehmen. Auch die Mitinpaste ist hier oft besonders zur Nacht sehr zweckmässig. Die Fettbasis dringt in die Haut, die Pulver bleiben als festhaftende Schutzschicht auf der Haut zurück.

Erwähnen will ich an dieser Stelle, wo es sich um Gewerbeekzeme handelt, noch einer Lassarschen Empfehlung, der Applikation einer Salbe mit rotem Präzipitat und Kampfer:

Hydr. praecipitat. rubr.
Camphor. trit. āā 2,0
Ol. oliv. 4,0
Mitin. ad 20,0
DS. äusserlich.

Auch mit Pinselungen von Jodglyzerin kann man mitunter etwas Gutes erreichen:

Jod. pur. 0,1
Kal. jodat. 0,25
Glycerin. 12,5
DS. äusserlich.

Zum Schluss eine seltenere Form von Handekzemen: Ein sonst kräftiger, zuweilen arthritischer Patient zeigt neben schuppenden Ekzemen, welche an den Seitenflächen der Hände und Finger, weniger an der Dorsalseite sitzen, starke schwielige Hyperkeratosen der Handfläche. Die sehr verdickte Hornschicht ist ent-

sprechend den Vertiefungen der Handinnenfläche vielfach geplatzt, so dass tiefe, schmerzhafte Fissuren sie durchziehen. Solch ein Ekzem bereitet viele Beschwerden, macht völlig erwerbsunfähig. Hier heisst es vor allem die Hyperkeratose beseitigen, die schwielige Hornschicht entfernen. Die Rhagaden heilen nicht früher, als bis die verdickte, unelastische Begrenzung beseitigt ist. Das beste Mittel ist ein sehr starker Salizyl-Pflastermull oder Salizyl-Paraplast eventuell ein Salizyl-Seifenpflaster. Man muss die Pflaster rücksichtslos so lange auflegen, bis unter der sich ablösenden Hornschicht eine rosige, von jeder verdickten Hornschicht freie Epidermis zu Tage tritt. Auch mit Dunstverbänden kann man dasselbe erreichen, nur kann man die mazerierende Wirkung derselben weniger beschränken, so dass auch die nicht verdickten Hautabschnitte der Hand in unangenehmer Weise erweicht werden. Ist die Schwiele entfernt, dann legt man zuerst milde Fette mit Salizylsäurezusatz (5 %) auf, appliziert später Teerbäder, erhält die Haut stets geschmeidig und frei von Entzündungserscheinungen.

Die Verbandweise bei Handekzemen ist nicht immer leicht. Wo es geht, begnügt man sich mit einem Handschuh, den man je nach dem Zustande der Haut porös (dünne Sommerhandschuhe von Zwirn oder Seide) oder von wenig durchlässigem Glacé wählt. Auch Gummihandschuhe sind zur Aufweichung bei starker Hyperkeratose zeitweilig von Nutzen. — Bei bösen Fällen kann man die Hand in toto verbinden, wobei man aber die Finger durch zweckentsprechende Zwischenlagen voneinander trennt. Wo es möglich ist, verbindet man aber jeden Finger besonders. Am besten gelingt dieses mittelst einer sehr langen, ca. 3—4 cm breiten, elastischen Binde, wie ich sie mir aus Idealbinden schneiden lasse. Man umwickelt zunächst das Handgelenk, geht dann zu einem Finger, um nach Umwickeln desselben zum Handgelenk zurückzukehren. So setzt man das

fort, bis alle Finger eingerollt sind. So ein Verband sieht geschickt aus und gestattet einen natürlich sehr weiten Handschuh herüberzuziehen, der alles deckt. — Für einzelne Finger ist die Verwendung der billigen Trikotfinger sehr zu empfehlen.

Von den Ekzemen der unteren Extremität haben die häufigen Ekzeme der Kniekehle nichts Besonderes, wohl aber die Ekzeme des Unterschenkels, die, wie wiederholt erwähnt, in den allermeisten Fällen Stauungsdermatosen sind, hervorgerufen durch Phlebektasien. Zu der Buntheit des Bildes, welches diese auf der Haut erzeugen, tragen die Ekzeme viel bei. Auf mehr oder wenig verdickter, infiltrierter, mehr oder wenig verfärbter Haut sieht man Ekzeme aller Art; am häufigsten sind die nässenden und die schuppenden Formen. Die nässenden Ekzeme der Unterschenkel sind unter dem Namen „Salzfluss" sehr bekannt. Die Therapie dieser stets stark juckenden Affektionen kann nur dann von Erfolg sein, wenn die Schädigung durch die Varicen bekämpft, der Stauung entgegengewirkt wirkt. Feste Kompression ist hier das gegebene Mittel, wenn man nicht absolute Bettruhe durchführen will. Wickeln mit Trikotschlauchbinden oder Zink-Leimverbände mit Zuhilfenahme dieser Binden sind die besten Mittel. Die Zinkleimverbände legt man in sehr einfacher Weise so an, dass man die Haut mit im Wasserbade verflüssigtem Zinkleim bepinselt und dann um Fuss und Unterschenkel die Trikotschlauchbinde fest umlegt. Immer geht das leider bei Ekzemen nicht, zumal wenn diese nässen, da die normale Haut dem Leim nicht genügend Haftfläche bietet. Dann muss man sich mit einfachem, festem Wickeln begnügen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich vor den noch immer nicht auszurottenden Flanellbinden warnen. Diese sind stets durch Trikotschlauchbinden oder auch durch andere elastische Binden zu ersetzen. — Gummibinden sind bei ekzematösem Unterschenkel direkt verpönt, wie sie überhaupt kaum verwertbar sind.

Gummistrümpfe sind nur bei ganz trockenen Ekzemformen verwendbar, aber praktisch sind sie auch da nicht.

Die direkte Behandlung der Unterschenkelekzeme hat nichts Spezifisches. Die nässenden Formen sind für die Therapie am unangenehmsten. Mit Puder kann man ja stets zuerst einen Versuch machen, jedoch wird man meistens — zumal bei ausgedehnter Erkrankung — zu Umschlägen mit adstringierenden Flüssigkeiten übergehen müssen. Neben Liq. Alum. acet. und Aq. boric. möchte ich hier noch das 10% Eichenrindendekokt hervorheben. Bei umschriebenen Formen rate ich, von vorneherein zum Argentum nitricum zu greifen und in oben geschilderter Weise vorzugehen: Ätzung, Abwarten der vollendeten Ausschwitzung, Abtrocknen, Tannoformpulver, Tannoformpaste.

Dass bei schuppenden und auch oft bei chronisch nässenden Unterschenkelekzemen Teerpräparate die besten Heilmitel sind, dass insbesondere auch die Wilkinsonsche Salbe oft die besten Resultate gibt, will ich hier nicht weiter ausführen.

So wären wir denn am Schlusse der Erörterungen über die Ekzemtherapie. Ich war bemüht, aus eigener Erfahrung heraus dem Praktiker einen Faden in die Hand zu geben, der ihn durch das Labyrinth leiten soll. Die Aufgabe war eine unendlich schwierige, heisst es doch bei der Ekzembehandlung, zahllosen, im Einzelfalle schwer zu ergründenden Ursachen nachzuforschen und Rechnung zu tragen, sich ein scharfes Urteil über den pathologischen Reizzustand der Haut zu bilden, die Wirkung der anzuwendenden Heilmittel genau zu kennen und abzuwägen und endlich eine grosse Zahl technischer Hilfsmittel in rechter Weise zur Geltung zu bringen. Wenn mir die Lösung der Aufgabe nur zum Teil gelungen sein sollte, dann muss ich mich trösten mit dem Worte: „in magnis voluisse, sat est“.

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE

Lehrbuch der spez. Diagnostik u. Therapie der Tuberkulose.

Von Chefarzt **Dr. B. Bandelier** und Chefarzt **Dr. O. Roepke.** Mit 1 farbigen lith. Tafel, 4 Textabbildungen und 19 Temperatur-Kurven auf 5 lithogr. Tafeln. 2. vermehrte u. verbesserte Auflage. Preis brosch. Mk. 6.—, geb. Mk. 7.—.

. . . *Enthält genaue Vorschriften über die Technik der spezifischen diagnostischen und therapeutischen Methoden, dass sich darnach mit Leichtigkeit arbeiten lässt. Es sind alle bisher bekannten Tuberkuline und sonstigen spezifischen Mittel berücksichtigt.* „*Mediz. Klinik.*"

Die Ophthalmo- und Kutan-Diagnose der Tuberkulose

(kutane und konjunktivale Tuberkulin-Reaktion nach v. Pirquet und Wolff-Eisner) nebst Besprechung der klinischen Methoden zur Früh-Diagnose der Lungen-Tuberkulose. Von **Dr. Wolff-Eisner**-Berlin. Mit 2 lith. Tafeln, 11 Kurventafeln und 15 Abbildungen im Text. Preis **brosch. Mk. 6.—, geb. Mk. 7.—.**

Die Krankheiten der Nasenscheidewand und ihre Behandlung.

Von **Dr. med. L. Katz,** Spezialarzt für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten. Mit 8 Tafeln und 36 Abbildungen im Text. Preis **brosch. Mk. 7.—, geb Mk. 8.—.**

Die tierischen Parasiten des Menschen.

Ein Handbuch für Studierende und Ärzte von Prof. **Dr. Max Braun,** Königsberg. **Vierte, verbesserte, durch einen Anhang erweiterte Auflage** enthaltend: **Die Pathologie und Therapie der tierisch-parasitären Krankheiten** von Prof. **Dr. Otto Seifert,** Würzburg. 40 Bogen mit 325 Abbildungen. Preis **brosch. Mk. 15.—, in Halbfranz geb. Mk. 17.—.**

„*Berl. klin. Wochenschrift: Wir rühmen an dem Braunschen Buche Klarheit der Darstellung, Vollständigkeit und nie versagende Zuverlässigkeit. Seifert hat die klin. Seite der Parasitologie in recht geschickter Weise geschildert.*

Diagnose und Therapie der Anämien.

Nach funktionellen Gesichtspunkten auf Grundlage qualitativer Blutuntersuchungen. Besonders für Ärzte und Studierende. Bearbeitet von **Dr. Josef Arneth,** Privatdozent an der Kgl. Universität Würzburg. Mit 15 lithograph. Tafeln. Preis **brosch. Mk. 9.—.** (Für Abonnenten der Würzburger Abhandlungen Vorzugspreis **Mk. 7.—.**)

Taschenbuch der Therapie

mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an der Berliner, Wiener u. a. deutschen Kliniken. Herausgegeben von **Dr. M. T. Schnirer,** Herausgeber der „Klinisch-therapeutischen Wochenschrift". Preis **geb. Mk. 2.—.** Alljährlich im Oktober erscheint eine neue Ausgabe.

Die Arzneimittel der heutigen Medizin

mit therapeutischen Notizen zusammengestellt für praktische Ärzte und Studierende der Medizin von **Dr. Otto Dornblüth. 10. Auflage. Solid gebunden.** Preis **Mk.** 7.50.

Kompendium der ärztl. Technik

mit besonderer Berücksichtigung der Therapie von **Dr. F. Schilling** in Leipzig. **Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage.** Mit 454 Abbildungen. Preis **geb. Mk. 10.—.**

☞ „*Deutsche Ärztezeitung*", *1906, H. 4: Ein technisches Vademecum idealster Art für den praktischen Arzt.*

Heilende Strahlen.

Arbeiten über die Grundlagen und die praktische Ausübung der Strahlentherapie. (X-Strahlung, Lichtstrahlung und Radioaktivität.) Gesammelte Aufsätze von Ingenieur **Friedrich Dessauer.** Mit 7 Abbildungen. Preis **brosch. Mk. 2.50, geb. Mk. 3.20.**

Röntgenologisches Hilfsbuch.

Eine Sammlung von Aufsätzen über die Grundlagen und die wichtigsten Hilfsmethoden des Röntgenverfahrens. Mit einem Anhang über Radioaktivität von Ingenieur **Friedrich Dessauer.** Mit 33 Abbildungen. Preis **brosch. Mk. 3.50. geb. Mk. 4.50.**

Die Behandlung d. Gonorrhoe d. Mannes.

Für Ärzte und Studierende dargestellt von Spezialarzt **Dr. Orlowski.** Mit 22 Abbildungen. Preis **Mk. 2.50.**

Vademecum der Geburtshilfe

für Studierende und Ärzte von Professor **Dr. Max Lange. 3. völlig umgearb. Auflage.** Mit 118 Abbild. **Preis Mk. 4.50.**

Diätvorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art

von **Dr. J. Borntraeger,** Regierungs- u. Medizinalrat. Fünfte verbesserte und erweiterte Auflage. Perforierter Block in Brieftaschenformat. Preis komplett **M. 2.50.**

Der Gebrauch dieser aus 39 resp. 53 Nummern (für Bemittelte und Minderbemittelte) bestehenden abreissbaren, in mehreren Exemplaren vertretenen Vorschriften ist so gedacht, dass der Arzt den Patienten dieselben sofort in gedruckter Form überreichen kann.

Diätetisches Kochbuch

von **Dr. Otto Dornblüth. Zweite,** wesentlich verbesserte und vermehrte **Auflage.** Preis gebunden **M. 5.40.**

Einführung in das Wesen der Magen-, Darm- und Konstitutions-Krankheiten

und in die Grundsätze ihrer Behandlung Von **Dr. G. Graul. Zweite vermehrte Auflage 1908. Brosch. Mk. 3.50, geb. Mk. 4.30.**

Die Therapie der Magen-, Darm- u. Konstitutions-Krankheiten.

Ein Leitfaden für Studierende und Ärzte. Von **Dr. Gaston Graul. Brosch. Mk. 3.60, geb. Mk. 4.50.**

Anleitung zur Diagnostik der Magen-, Darm- und Konstitutions-Krankheiten.

Ein Leitfaden für Studierende und Ärzte. Mit 1 Tafel und 4 Abbildungen im Text. Von **Dr. Gaston Graul. Brosch. Mk. 4.50, geb, Mk. 5.—.**

Vademecum der weiblichen Gesundheitspflege.

Ausgewählte Kapitel in Einzel-Darstellungen von Sanitätsrat **Dr. L. Fürst** in Berlin. **2. vermehrte und verbesserte Auflage.** Geschmackvoll kartoniert **M. 1.90.**

☞ *Neben Winken und Ratschlägen, was die Frau zu tun hat, um gesund zu bleiben, weist Fürst darauf hin, was sie vermeiden muss und wann sie ärztlichen Beistand einholen soll. Wir können das Buch bestens empfehlen.* „Allg. Wiener med. Zeitung".

Die Schönheitspflege.

Für Ärzte und gebildete Laien. Von **Dr. Orlowski,** Spezialarzt in Berlin. **Brosch. M. 1.80.**

☞ *Das Büchlein, welches Damen ganz besonders interessieren wird, enthält eine Fülle wertvoller Ratschläge und Anweisungen zur Behandlung vieler kleiner Beschwerden.* „Zentralblatt für innere Medizin".

Medizinische Logik.

Kritik der ärztlichen Erkenntnis von **Dr. W. Bieganski.** Deutsch von **Dr. A. Fabian. Preis brosch. Mk. 4.50, geb. Mk. 5.50.**

Die deutsche Bearbeitung dieser wertvollen Arbeit wurde nach der **2. polnischen Original-Auflage** vorgenommen und darf wohl auf grösstes Interesse der deutschen Ärztewelt rechnen, nachdem in dem verhältnismässig kleinen polnischen Sprachgebiet die Nachfrage so rege war, dass eine 2. Auflage notwendig geworden ist.

Ärztliche Beredsamkeit.

Von Dr. med. **Henry Hughes,** Arzt in Bad Soden. Preis brosch. **Mk. 1.—.**

Das Büchlein will den Ärzten zeigen, in welcher Form sich der ärztliche Rat bewegen soll, oft gar keine leichte Aufgabe, weshalb es besonders jüngeren Herren vielleicht manchmal aus der Verlegenheit helfen wird.

Lehrbuch der Histologie

und der mikroskopischen Anatomie mit besonderer Berücksichtigung des menschlichen Körpers, einschliesslich der mikroskopischen Technik. Von Professor Dr. L. Szymonowicz **2. neu bearbeitete und erweiterte Auflage** unter Mitwirkung von Professor **Dr. Rudolf Krause.** Mit 60 Tafeln und 141 Ab-Abbildungen im Text. Preis br. Mk. 15.—, geb. Mk. 17.—.

Trotz der Umfangvermehrung und der vielen neuen Illustrationen wurde der Preis nicht erhöht.

Curt Kabitzsch (A. Stuber's Verlag) in Würzburg.

Bakteriolog. Taschenbuch

enthaltend

die wichtigsten technischen Vorschriften zur bakteriologischen Laboratoriumsarbeit

von **Dr. Rudolf Abel**, Geh. Medizinalrat in Berlin.

Zwölfte Auflage. — Gebunden und durchschossen Mk. 2.—.

Bakteriologisch-chemisches Praktikum

für Apotheker und Studierende.

Kurze Anleitung zur Untersuchung von **Harn, Blut, Auswurf, Magen- und Darminhalt**, sowie von **Wasser, Milch, Butter** und **Margarine**

von **Dr. Johannes Prescher** und **Viktor Rabs.**

Mit 14 Abbildungen, 2 Tafeln und 2 Tabellen.

Preis brosch. Mk. 2.80, gebunden und durchschossen Mk. 3.60.

Zentralbl. f. inn. Medizin: Diese Anlage des Buches lässt es auch zum täglichen Gebrauch des praktischen Arztes geeignet erscheinen, um so mehr, da jedes beim Wunsche nach schneller Orientierung hinderliche Beiwerk vermieden und ein leicht übersichtliches Register beigefügt ist.

Über einfache Hilfsmittel zur Ausführung bakteriologisch. Untersuchungen

von Geh. Med.-Rat **Dr. Rud. Abel** und Prof. **Dr. M. Ficker.**

Zweite vermehrte und verbesserte Auflage.

Taschenformat, kartoniert und durchschossen Mk. 1.20.

Gehört bei der heutigen Bedeutung der Bakteriologie in die Handbibliothek eines jeden Arztes.

Der menschliche Körper

in Sage, Brauch und Sprichwort

von Professor **Karl Knortz.**

16 Bogen. Preis Mk. 3.20.

Inhalt: Der Kopf. — Kopf und Barthaar. — Das Gesicht. — Das Auge. — Das Ohr. — Die Nase. — Mund, Zunge, Zähne. — Arm, Hand und Fuss. — Rücken, Bauch und Fuss. — Die Knochen. — Das Blut.

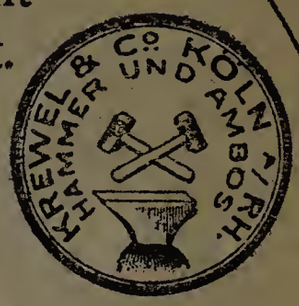
Der bekannte deutsch-amerikanische Schriftsteller hat hier ein äusserst reichhaltiges Material zusammengetragen, das eine reiche Fundgrube für die Volkskunde bietet. Aber auch sonst wird jeder Gebildete, insbesondere der Arzt, diese interessante Zusammenstellung der Volkssitten und Gebräuche gerne lesen.

Mitinum purum.

Eine überfettete
Emulsion mit hohem Gehalt
an serumartiger Flüssigkeit.

Basis
für

Salben u. Pasten.



Mitinum cosmeticum
(Mitincream)

Geschmeidig, spielend leicht in die Haut eindringend, fein parfümiert. Zur Einfettung und Reinigung der Haut. Vorzügliches Kühlmittel.

Kassenpackung:
Büchse à 25 Gramm:
25 Pfg.

Dr. Jessner's Mitin-präparate

Fabrikanten:
Chemische Fabrik
Krewel & Co.
G. m. b. H.
Cöln a. Rh.

Literatur
und Proben auf
Wunsch.

Pasta Mitini
(Mitinpaste)

Beim Verstreichen hautfarbig. **Rein** statt Zinkpaste etc. bei allen leichten Entzündungsprozessen der Haut. Zum Schutze empfindlicher Hände. **Basis** für alle in Pastenform verordnete Medikamente.

Kassenpackung:
Büchse à 20 Gramm
25 Pfg.

Mitinum mercuriale
(Mitin Hydrargyrum)

33⅓% Hydrargyrum vivum.
Wenig färbend, in 5 Minuten zu verreiben. Sehr wirksam.

Glasröhre à 30 Gramm mit graduiertem Stempel
70 Pfg.

Mitin-Kinderpuder

Fettpuder, unparfumiert, mit 10% Mitingehalt, schützt die **Säuglinge** gegen Wundwerden. Beseitigt Rötung und Feuchtigkeit.
Preis per Schachtel **1 Mk.**